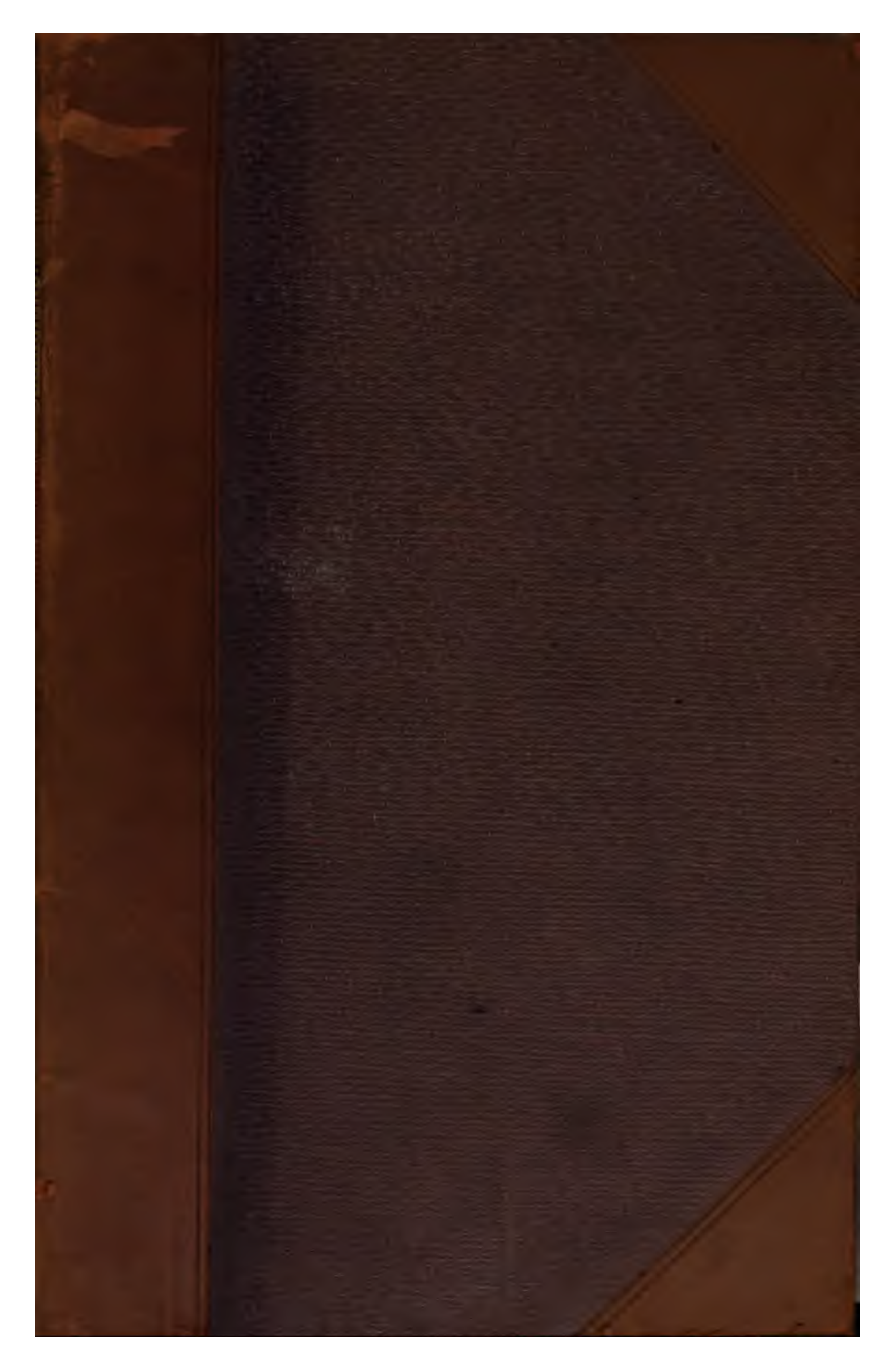



600016006J


G. 166. E. 10.

COURS THÉORIQUE ET CLINIQUE

DE

PATHOLOGIE INTERNE

ET DE THÉRAPIE MÉDICALE.

TOME CINQUIÈME.

Bordeaux. — Typ G. Gounouilhou, pl. Puy-Paulin, 1.

COURS THÉORIQUE ET CLINIQUE

DE

PATHOLOGIE

INTERNE

ET DE

THÉRAPIE MÉDICALE

par

E. GINTRAC,

Professeur de Clinique interne et Directeur de l'École de Médecine de Bordeaux,
Chevalier de la Légion-d'Honneur,
Membre de la Commission administrative des hospices civils et de l'Académie Impériale des Sciences,
Belles-Lettres et Arts de la même ville,
Associé national de l'Académie Impériale de Médecine de Paris, Membre honoraire de la Société d'Hydrologie Médicale,
Associé du Collége des Médecins de Philadelphie,
Correspondant de l'Académie des Sciences de Dijon, de la Société académique de la Loire-Inférieure,
de la Société libre d'Émulation de Liége,
des Sociétés Médicales de Louvain, de Hambourg, du grand duché de Bade, de Strasbourg,
de Montpellier, Lyon, Toulouse,
Marseille, Besançon, Caen, Évreux, Metz, Tours, Douai, etc.

TOME CINQUIÈME.

PARIS,

GERMER BAILLIÈRE, LIBRAIRE-ÉDITEUR,

RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 17.

Londres et New-York, H. Baillière. | **Madrid**, Ch. Bailly-Baillière.

1859

TABLE DES MATIÈRES

DU TOME CINQUIÈME.

Fièvres éruptives et Exanthèmes aigus.

Maladies cutanées chroniques.

COURS THÉORIQUE ET CLINIQUE

DE

PATHOLOGIE INTERNE

ET DE

THÉRAPIE MÉDICALE.

FIÈVRES ÉRUPTIVES ET EXANTHÈMES AIGUS.

5e GROUPE.

ÉRYSIPÈLE, SCLÉRÈME AIGU, ÉRYTHÈME AIGU, URTICAIRE AIGUË, LICHEN AIGU, STROPHULUS, NIRLES.

Ce groupe est composé d'inflammations ou plutôt de congestions, affectant la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Ces exanthèmes sont plus ou moins étendus et souvent mobiles. Ils ont une propension marquée à se propager ou à se déplacer. Ils reconnaissent des causes générales et intérieures et sont parfois liés à des lésions profondes plus ou moins graves : de là le danger qu'ils peuvent offrir. Ils sont souvent épidémiques, mais ne sont pas contagieux. Ils sont très-enclins à récidiver. Constituant des maladies essentiellement congestives plutôt que réellement phlegmasiques, ils produisent du gonflement, de la rougeur, rarement des vésicules ou des bulles, plus rarement des abcès.

ÉRYSIPÈLE.

L'érysipèle est un exanthème aigu caractérisé par une rougeur et une tuméfaction uniformes et circonscrites, avec accroissement de chaleur et de sensibilité, ayant une grande tendance à se propager successivement sur divers points de la surface cutanée, et se terminant le plus ordinairement par résolution.

A. — *Historique.*

On a donné deux étymologies au mot *érysipèle*. Par l'une, on le fait venir de ερυθρος, *rouge*, et πελος, *peau;* par l'autre, de ερυω, *j'entraîne*, πελας, *proche*. La première s'accommode assez bien avec l'opinion qu'on a généralement de l'érysipèle considéré comme une inflammation de la peau ; mais la seconde s'accorde mieux avec l'idée que les anciens se faisaient du mode de développement de cet exanthème.

Pour Hippocrate, qui s'est souvent servi du mot *érysipèle,* il ne s'agit pas d'une affection purement extérieure, mais d'une maladie pouvant affecter les organes intérieurs aussi bien que la superficie de l'organisme, et toujours disposée à s'étendre ou à se déplacer. Cette notion générale est parfaitement indiquée dans cet aphorisme : « Il est fâcheux qu'un érysipèle répandu au dehors rentre en dedans, mais avantageux que du dedans il vienne au dehors [1]. »

Hippocrate mentionne l'érysipèle de la face, dont il indique les phénomènes avant-coureurs [2]; mais il s'attache surtout à faire reconnaître cet exanthème quand il envahit les poumons ou qu'il pénètre dans l'utérus. Le premier cas est attribué à un excès de sécheresse des organes, produisant l'afflux du sang, d'où résultent la fièvre, la toux, l'oppression, la douleur, le vomissement, les défaillances, enfin la corruption et

(1) Aph. 25, sect. VI, trad. de Littré, t. IV, p. 569; et livre *Des Maladies*, t. VI, p. 153.
(2) *Coaques* 196, traduct., t. V, p. 627.

l'empyème [1]. Dans un autre passage, Hippocrate considère l'érysipèle du poumon comme une affection catarrhale étendue même aux organes digestifs, où elle produit des rapports acides, des vomissements, des coliques et des selles liquides [2].

Quant à l'érysipèle de l'utérus, le père de la médecine le considère comme dangereux pendant la grossesse [3]. Il en établit les rapports avec le gonflement et la vive irritation des membres inférieurs, des lombes et des hypochondres [4].

Ainsi, le père de la médecine n'a pas vu dans l'érysipèle une simple rougeur de la peau, mais plutôt une affection étendue, grave, mobile, attirant à elle les fluides, et susceptible d'affecter des organes différents sans changer de nature ou de nom, tout en acquérant une importance et une gravité diverses, selon les parties affectées.

C'est sans doute cette manière de voir de notre premier maître qui a porté quelques modernes à distinguer l'érysipèle en interne et en externe. J.-P. Frank a soutenu cette distinction en admettant que l'érysipèle interne peut résulter de la rétrocession de celui qui d'abord s'étant montré au dehors, s'est ensuite transmis par continuité de tissu de la peau aux membranes muqueuses. Il ne doute nullement que les séreuses de l'encéphale, des poumons, du cœur, etc., ne puissent offrir des inflammations de nature érysipélateuse [5]. Cette opinion est partagée par Joseph Frank [6] et par Callisen [7].

D'autres auteurs, et spécialement Hildenbrand [8], ont combattu cette doctrine, comme contraire aux principes de la nosologie rationnelle. L'inflammation qui abandonne la peau pour affecter les membranes muqueuses ou séreuses, re-

[1] *Des Maladies*, liv. I, trad. de Littré, t. VI, p. 173.
[2] *Ibid.*, liv. II, trad. de Littré, t. VII, p. 85.
[3] Aph. 43, sect. V, trad., t. IV, p. 547.
[4] *De la nature de la femme*, trad. de Littré, t. VII, p. 329.
[5] *Epitome de curandis hominum morbis*, lib. III, p. 28.
[6] *Praxeos medicæ univ. præcepta*, pars Iª, vol. II, p. 122.
[7] *Syst. chirurgiæ hodiernæ*, vol. I, § 499.
[8] *Institutiones med. pract.*, t. III, p. 604.

vêt des caractères entièrement nouveaux, suit une marche et présente des modes de terminaison qui diffèrent essentiellement de ceux de l'érysipèle.

Bien que de textures presque analogues, les membranes muqueuses et la peau n'ont point des affections identiques. L'érysipèle, malgré sa tendance à l'extension, envahit rarement les membranes muqueuses. Celui de la face respecte les muqueuses oculaire, nasale, buccale Les phlegmasies de ces membranes n'ont aucune affinité directe avec l'érysipèle. Il peut arriver qu'un érysipèle soit précédé ou accompagné par une angine, par une stomatite; ces phlegmasies n'en restent pas moins distinctes : ce sont des maladies successives ou des coïncidences. Si par les mots *érysipèle interne* on a entendu désigner des inflammations légères, étendues, superficielles des membranes muqueuses ou séreuses, il eût mieux valu les appeler, avec Cullen, *érythématiques* [1]. Elles semblent en effet, dans cet état, se rapprocher plus de l'érythème que de l'érysipèle; mais cette analogie est elle-même très-imparfaite. Les phlegmasies des membranes intérieures ont une manière d'être qui les distingue absolument des affections cutanées. Lorsque M. Gubler a présenté, en 1856, à la Société de Biologie, une observation sous le titre *d'Érysipèle interne,* il désirait sans doute différencier par cette expression l'entéro-colite ulcéreuse dont il s'agissait, de l'entérite folliculeuse; mais ce n'était ni un érysipèle ni un érythème de l'intestin. L'estomac, l'œsophage, le pharynx, n'offrirent rien de semblable à l'une ou à l'autre de ces phlegmasies; et quand un érysipèle parut à la face, il se montra comme fait pathologique nouveau et non comme l'extension pure et simple d'une lésion qui aurait tiré son origine des profondeurs de l'appareil digestif [2]. J'ai dû, avant d'aller plus loin, disculer la valeur d'une dénomination placée sous l'imposante garantie d'Hippocrate, éviter par là toute confusion d'idées et de mots, et

[1] *Médecine pratique. Gastritis,* § 400; *enteritis,* § 404.

[2] *Gazette médicale,* 1856, p. 358. — Voyez aussi *Gaz. des Hôpitaux,* 1854, p. 565, des idées favorables à l'admission des érysipèles internes.

prévenir le lecteur qu'il ne sera question dans ce chapitre que d'un exanthème cutané.

L'érysipèle a servi de thème important aux doctrines humorales de Galien, qui s'empressa de le diviser en légitime, phlegmoneux, œdémateux ou squirrheux, selon que la bile jaune, ou ce fluide mêlé de sang, ou de phlegme ou de bile noire, était censé former l'élément essentiel de la maladie (1). Il se montra plus judicieux observateur en distinguant l'érysipèle du phlegmon.

Appelé *Ignis* par Serenus Sammonicus (2) à cause de la vive chaleur qui l'accompagne, *Almesire* par J. Sérapion (3), *Rosa* par Sennert (4) et les médecins allemands (5), sans doute à raison de sa couleur, l'érysipèle, devenu épidémique et gangréneux dans le XIe siècle, reçut le nom de *feu Saint-Antoine* (6), dénomination qui toutefois fut également attribuée par divers auteurs à l'ergotisme gangréneux (7).

L'érysipèle fut plus tard rattaché aux fièvres par Sydenham (8), par Hoffmann (9), par Schrœder (10), etc. Les nosologistes du siècle dernier l'avaient placé parmi les exanthèmes (11). Willan, qui, dans sa classification des affections cutanées, établit cependant un ordre des exanthèmes, n'y range pas l'érysipèle et le met parmi les bulles à côté du pemphigus, dérogeant ainsi à ses propres principes, puisque les bulles, loin de former l'élément initial ou l'attribut essentiel de l'érysipèle, n'en constituent qu'un symptôme accidentel et fort in-

(1) *Meth. med.*, cap. XIV. — *De arte curandi ad glauc.* lib. II. — *Comment. in aph.*, 20, lib. VI.

(2) *Lib. de Medicina*, cap. XXXX.

(3) *Practica dicta Breviarium*, tract. V, cap. XXII.

(4) *Pract.*, lib. II, cap. XVI; et lib. V, cap. I, VII.

(5) Michaelis; *De rosa seu vero ac legitimo erysipelate*. Lips., 1655. — Schilling; *De erysipelate seu rosa germanorum*. Lips., 1621. — Siegel; *De erysipelate vulgò rosa*. Iéna, 1640.

(6) Gregory; *Eruptive fevers*, p. 204.

(7) Voyez t. III, p. 419 de cet ouvrage.

(8) *Febris erysipelatosa*. (*Opera*, t. I, p. 174, 655.)

(9) *De febre erysipelacea*. Halæ. 1720. (*Med. rat. syst.*, t. IV, p. 1, 13.)

(10) *De febribus erysipelatosis*, respond. de Ziegler. Gœtting., 1771. (*Opuscula*, t. I, p. 175.)

(11) Sauvages; *Nosologia*, t. I, p. 449. — Linné, Cullen, Sagar, etc.

constant. Bateman a suivi les idées de Willan [1]; mais Biett, MM. Cazenave et Schedel, Rayer, Gibert, ont rétabli l'érysipèle dans l'ordre des exanthèmes.

Cette maladie est très-fréquente et les faits abondent. J'indiquerai ceux qui ont ajouté quelques traits plus ou moins saillants à son histoire.

Peu de traités spéciaux ont été écrits sur ce sujet. On doit cependant citer les dissertations inaugurales de Renauldin [2] et de Nelis [3], les Mémoires de Lawrence [4], de Dobson, d'Hutchison [5] et de Gibson [6]; un article de MM. Chomel et Blache [7], le traité de M. Lepelletier [8], les remarques pratiques de Blandin, celles de M. Velpeau [9] et de quelques autres observateurs.

La clinique médicale de l'hôpital Saint-André m'a fourni 164 observations d'érysipèle.

B. — *Causes de l'érysipèle.*

I. — CAUSES ORGANIQUES.

a. — Hérédité. — Dans certaines familles, une irritabilité et une délicatesse particulières du tissu cutané disposent aux érysipèles, que font naître alors les causes locales les plus légères [10].

b. — Ages. — Aucun âge n'est exempt de l'érysipèle.

Les nouveaux nés sont sujets à une variété de cette phlegmasie qui méritera une attention particulière. L'enfance et

(1) *Practical synopsis*, p. 125.

(2) *Diss. sur l'érysipèle*. Paris, 1802.

(3) *Specimen de erysipelate*. Lovanii, 1827.

(4) *Obs. on the nature and treatment of erysipelas*. London, 1828. (*Med.-chir. Transactions*, t. XIV.)

(5) *Medico-chir. Review*, oct. 1828, p. 361. — V. aussi la discussion dont il est rendu compte dans le journal intitulé *Clinique*, 1828, t. II, p. 39 et 43.

(6) *Medico-chir. Transact.* Edinburgh, t. III, p. 94.

(7) *Dictionnaire de Médecine*, 1835, t. XII, p. 214.

(8) *Traité de l'érysipèle*. Paris, 1836.

(9) *Annales de la chirurgie française et étrangère*, février 1842. — *Gaz. des Hôpit.*, 1852, etc.

(10) Gregory, p. 216.

surtout l'adolescence et la jeunesse offrent des exemples fréquents de cet exanthème. En avançant en âge, la disposition diminue.

Des malades dont l'observation a été recueillie à la clinique, un n'avait que sept ans ; les autres se distribuent ainsi :

53	avaient	de 10 à 20	ans.
59	—	de 21 à 30	—
22	—	de 31 à 40	—
26	—	de 41 à 50	—
18	—	de 51 à 60	—
2	—	de 61 à 70	—
3	—	de 71 à 80	—
163			

Ainsi, c'est de 10 à 30 ans que s'est offert le plus grand nombre d'érysipèles ; puis viennent les séries de 31 à 50 ans ; et après cet âge, cette maladie devient rare.

c. — **Sexe.** — Le sexe féminin paraît plus disposé à l'érysipèle que le sexe masculin. Il ne l'est cependant pas dans la proportion indiquée par Joseph Frank, qui sur 20 cas observés à la clinique de Pavie, en vit 16 parmi les femmes [1]. A l'hôpital de la Charité, en 1822, 23 et 24, sur 20 individus atteints, il y avait 13 femmes [2]. Sur 43 érysipèles de la face observés par M. Louis à la Charité et à la Pitié, 25 appartenaient au sexe féminin. Sur 633 érysipèles envoyés par le bureau central dans les divers hôpitaux de Paris, 326, c'est à dire un peu plus de la moitié, s'étaient développés chez des femmes [3]. Des 164 malades de la clinique interne de Bordeaux, 85 étaient observés dans la salle des femmes, et 79 dans celle des hommes. Je ferai en outre remarquer que la population totale de l'hôpital ne se partage pas également entre les sexes ; le nombre des hommes en forme trois cinquièmes.

La disposition des femmes à l'érysipèle ne tient pas seule-

[1] *Praxeos*, t. II, p. 125.
[2] Chomel et Blache ; *Dictionnaire de Médecine*, t. XII, p. 216.
[3] *Ibid.*, p. 217.

ment à leur constitution; elle dépend aussi des rapports qui s'établissent fréquemment entre les troubles de la menstruation et la production de cet exanthème.

L'époque de l'apparition des règles, et surtout celle de leur cessation [1] disposent au développement de cette maladie; en outre, l'aménorrhée et la dysménorrhée la précèdent souvent. J'ai vu chez une fille de seize ans un érysipèle se former à la face, chaque mois, à l'époque de ses règles.

d. — **Tempérament, constitution.** — On regardait jadis l'érysipèle comme l'un des produits du tempérament bilieux. Cette opinion, empruntée à Galien, ne s'accorde point avec l'observation la plus générale. Le tempérament sanguin et la pléthore ne disposent pas moins aux affections érysipélateuses. Les individus lymphatiques et faibles n'en sont point à l'abri. Les sujets nerveux y sont aussi exposés. Il est des personnes dont la peau fine et blanche ou brune, sèche et irritable, s'enflamme avec une extrême facilité : l'érysipèle s'en empare sous l'influence de causes très-légères.

e. — **Dispositions résultant d'états morbides antérieurs.** — L'érysipèle a été souvent précédé par des affections morbides qui n'étaient peut-être pas étrangères à sa manifestation. 16 individus de la clinique avaient été atteints de fièvres intermittentes [2], 8 d'affections rhumatismales [3], 7 d'inflammation gutturale ou buccale, 9 d'irritation gastro-intestinale, 2 de maladies du cœur; 9 offraient encore des traces d'affections cutanées chroniques (eczéma, pityriasis, mentagre, impetigo, papules, etc.); 2 avaient eu les ganglions cervicaux engorgés, 6 étaient atteints de céphalée ou offraient des symptômes de pléthore céphalique.

[1] Observation de Chomel. (*Gaz. des Hôpit.*, 1842, p. 43.)

[2] D'après Lind, à Batavia et dans les lieux où les fièvres intermittentes sont fréquentes, on rencontre en certaines saisons la gangrène d'hôpital et l'érysipèle. (Gregory, p. 213.)

[3] *Obs. d'érysipèles précédés de rhumatisme aigu et chronique.* (Thèse de Terriou. Paris, 1807, n° 84, p. 9.)

L'érysipèle a des rapports avec l'anasarque. La distension des téguments favorise l'irritation et l'injection des vaisseaux. Les mouchetures sont alors une cause très-fréquente d'érysipèle. Cet exanthème peut se développer dans le cours de la maladie de Bright, à la face, aux lombes, etc. ([1]).

De tous les états morbides antérieurs, celui qui dispose le plus à l'érysipèle est l'érysipèle lui-même. Chez 28 sujets, cette maladie se produisait pour la 2e, la 3e ou la 4e fois. Chez une femme de quarante-six ans, il apparaissait, depuis deux ans, tous les mois. Nous l'avons vu se montrant dans le cours de la première année chez 10 individus; après quinze mois une fois; et chez d'autres, après deux, quatre, cinq, neuf et dix ans.

L'érysipèle a des coïncidences assez fréquentes avec l'état puerpéral, la péritonite et diverses maladies épidémiques, surtout quand il règne déjà dans le pays et pendant les mêmes saisons.

II. — CAUSES HYGIÉNIQUES.

a. — Influence atmosphérique. — Il est assez difficile de déterminer le genre d'influence que l'atmosphère exerce dans la production de l'érysipèle. Cependant, il est probable que l'humidité et les vicissitudes de température sont des causes réelles de cet exanthème.

C'est à l'humidité qu'on attribuait la fréquence de l'érysipèle à l'Hôtel-Dieu de Paris. La situation de cette maison sur les rives de la Seine, son exposition aux brouillards du soir et du matin, l'infiltration de l'eau dans les caves, devenues de petits marais après les grandes crues de la rivière ([2]), justifient cette assertion. En Californie, l'érysipèle est une maladie très-fréquente dans les vallées où l'air, très-humide, se renouvelle difficilement ([3]). On l'a vu dans des vaisseaux affecter une partie de l'équipage ([4]).

([1]) Imbert Gourbeyre; *Gaz. méd.*, 1857, p. 266 et 281.

([2]) Boisset; *Journal des Connaissances médico-chirurgicales*, t. VI, 1839, p. 14.

([3]) Blake; *Climate and diseases of Californie.* (*American Journal*, 1852, july, p. 59.)

([4]) Weatherhead; *Med. and Phys. Journal*, t. XXXI, p. 441.

L'érysipèle ne paraît pas être produit plutôt par le froid que par la chaleur. On l'a vu régner dans toutes les saisons, mais surtout au printemps, quand il est épidémique. Les érysipèles observés à la clinique se distribuent ainsi relativement aux saisons : Il y en a eu :

En janvier	15	En août	4
En février	18	En septembre	15
En mars	17	En octobre	11
En avril	19	En novembre	7
En mai	17	En décembre	17
En juin	16		164
En juillet	10		

D'après ce résumé, l'hiver, le printemps et le commencement de l'été, seraient surtout favorables au développement de l'érysipèle; les mois les plus chauds, juillet et août, le seraient beaucoup moins.

b. — Aliments, boissons.—Un genre de vie excitant, l'usage des assaisonnements, des liqueurs spiritueuses, ont été considérés avec raison comme des causes d'érysipèles. J'ai vu cette maladie rapidement mortelle chez des individus adonnés à la bonne chère et faisant habituellement excès de boissons alcooliques.

Certains aliments indigestes ou irritants ont paru la provoquer [1]. L'excitation des voies digestives dispose certainement à l'érysipèle. Aussi se montra-t-il fréquemment dans la constitution vermineuse observée par Van den Bosch, de 1760 à 1763 [2].

c. — Suppression d'évacuations. — La suppression de la transpiration par suite de refroidissement, et la cessation d'un flux habituel, pathologique ou artificiel, sont comptées parmi les causes de l'érysipèle ; on l'a vu, par exemple, succéder à la guérison d'une otorrhée [3].

(1) Grassi; *Eph. nat. cur.*, dec. I, ann. IX, X, obs. 70.—Sauvages; *Nosol. meth.*, t. I, p. 451.

(2) *Historia constitutionis epidemicæ verminosæ*, p. 179.

(3) Rennes; *Archives*, t. XXIV, p. 534.

d. — **Affections morales vives.** — L'érysipèle s'est montré à la suite de grandes émotions [1], d'accès de colère [2], de terreur [3], etc.

e. — **Professions.** — Il n'est pas de profession qui dispose spécialement à l'érysipèle. Cette maladie se montre dans tous les rangs de la société.

M. Gregory fait remarquer que les militaires doivent y être plus exposés à cause de leur jeunesse, de leur état pléthorique habituel, de leur tendance à prendre avec excès des liqueurs fermentées, et de l'obligation où ils sont de passer souvent les nuits en faction, immobiles et exposés à toutes les intempéries [4].

Parmi les malades venus à la clinique, il y avait 35 domestiques, 18 individus travaillant la terre, 13 couturières, 5 cordonniers, 4 cuisinières, 3 boulangers, 3 scieurs de long, puis les autres cas étaient disséminés en petit nombre parmi diverses autres professions.

III. — CAUSES LOCALES OU IMMÉDIATES.

Ces causes sont très-nombreuses :

a. — **Action des rayons du soleil.** — Quand ces rayons sont très-ardents, ils peuvent ne pas se borner à produire un érythème, mais ils développent un érysipèle plus ou moins grave, s'accompagnant de phénomènes cérébraux ; on a vu coïncider le développement d'un anthrax [5].

(1) *Historia morborum qui vratislaviæ grassati sunt*, p. 160.

(2) Fallopia ; *De tumoribus præternat.*, cap. XXVIII.

(3) Hoffmann ; *Meth. rat. syst.*, t. IV, p. 1, sect. I ; cap. XIII, obs. 1 ; cap. IX, obs. 5. — Schroeder, p. 198. Tous ces faits ne sont peut-être pas très-probants. Joseph Frank en cite un qui me semble sujet à contestation ; il s'agit d'un enfant *de six mois*, tellement effrayé par une dispute qui s'éleva entre ses parents, qu'il fut pris de fièvre, et bientôt après d'érysipèle (*Praxeos*. t. II, p. 126). Si l'affection morale a agi, n'était ce pas par l'intermédiaire du lait de la nourrice, plus effrayée sans doute elle-même que l'enfant de six mois?

(4) *On eruptive fevers*, p. 215.

(5) Voyez-en un exemple dans Leroux ; *Cours de Méd. prat.*, t. I. p. 204. — A Amokou, sur la côte d'Afrique, pendant l'hivernage, le soleil, quand il paraît, donne aux Européens des érysipèles fort graves. (*Journ. universel des Sciences méd.*, t. XIX, p. 10.)

b. — Exposition à une chaleur intense et directe, suivie d'un refroidissement rapide. — Deux malades sont venus à la clinique, en avril et juin 1854, atteints d'érysipèle de la face et du cou. Ils travaillaient dans un four à chaux, où ils étaient inondés de sueur; ils allèrent ensuite à l'air, sans précaution : les parties exposées à l'air et refroidies furent bientôt atteintes de phlegmasie. J. Frank a vu à Vilna des hommes atteints de violents érysipèles de la tête, pour s'être endormis sur le pavé, en hiver, après avoir abusé des liqueurs spiritueuses (1).

c. — Application des rubéfiants et vésicants, de la moutarde, de l'ammoniaque, de l'eau bouillante, etc. — Les *vésicatoires* provoquent souvent le développement d'un érysipèle qui se propage au loin. J'ai vu des sujets à peau sèche et brune, auxquels il était impossible d'appliquer un emplâtre excitant sans produire un érysipèle. Ce résultat est inévitable, quand une circonstance morbide antérieure a mal disposé les téguments. Dans un cas de variole traitée par le vésicatoire sur la face, cette partie, dans la convalescence, se couvrit d'un érysipèle (2).

Chez un homme âgé de trente-huit ans, traité d'une céphalée chronique par un large vésicatoire sur le crâne, j'ai vu survenir un érysipèle de la face.

Une femme de cinquante-sept ans, également traitée d'une céphalée extrêmement opiniâtre par l'application d'un vésicatoire à la nuque, étant sortie guérie, alla chez un pharmacien demander un remède pour tuer les poux dont sa tête était couverte. On lui remit une poudre, qu'on dit être composée de craie et de mercure métallique. Bientôt il survint un érysipèle très-intense du cuir chevelu, qui obligea cette femme à rentrer à l'hôpital (3).

d. — Irritation chronique de la peau, ou de l'origine d'une muqueuse. — Tel est l'eczéma du conduit auditif. J'ai vu la ti-

(1) *Praxeos*, t. II, p. 125.
(2) *Union médicale*, t. I, p. 249.
(3) Joseph Frank a observé un fait très-analogue à la clinique de Pavie. (*Praxeos*, t. II, p. 124.)

tillation de ce conduit produire le gonflement érysipélateux de l'oricule et l'extension de l'inflammation à la face. Les exutoires entretenus depuis longtemps et souvent irrités, sont des causes locales d'érysipèles. Le cautère de la jambe en offre des exemples très-communs.

Parmi les maladies cutanées chroniques qui peuvent être cause d'érysipèle, je dois mentionner la *teigne*, lorsqu'elle est traitée par la calotte. C'est ce que j'ai vu autrefois à l'hôpital Saint-André. En trois ans, sept jeunes teigneux furent transférés dans mon service. L'un d'eux succomba ([1]). L'érysipèle affectait la face et le cuir chevelu. Chez un autre teigneux âgé de sept ans, atteint de pleurésie et d'un épanchement thoracique, traité avec succès par les onctions mercurielles, un vésicatoire à la cuisse devint l'occasion d'un érysipèle qui envahit tout le membre inférieur.

e. — Solution de continuité des téguments. — J'ai vu, chez un jeune boulanger, l'érysipèle déterminé par la perforation du lobule de l'oreille; né sur l'oricule, il s'étendit au côté de la tête. L'application d'un séton à la nuque, une plaie du crâne, peut faire naître un érysipèle. Cette complication attira vivement l'attention de Desault ([2]). Une plaie contuse de l'occiput, dont la cicatrisation était en bonne voie, est devenue, par suite de quelques excès, l'occasion d'un érysipèle violent du cuir chevelu et de la face ([3]). Une chute sur la face a produit le même accident ([4]). J'ai vu, à la suite d'une contusion au sommet de la tête, se développer un érysipèle très-grave sur l'oreille, la joue et toute la face.

On a nommé *traumatiques* ([5]) les érysipèles qui se forment à l'occasion des plaies cutanées; quelquefois ces lésions sont extrêmement limitées ou superficielles, et n'en deviennent pas

([1]) L'observation en a été publiée dans le *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1844, p. 504.

([2]) *Œuvres chirurg.*, par Bichat, t. II, p. 8.

([3]) *Journ. de Méd. militaire*, t. XL, p. 332.

([4]) *Ibid.*, p. 343.

([5]) Morel Deville; Thèses de Paris, 1844, n° 146.

moins une occasion d'érysipèle. Ainsi, on en a vu se former autour des piqûres de sangsues, autour des petites incisions qui servaient jadis à inoculer la variole (1), autour des piqûres faites pour l'insertion vaccinale. M. Lawrence en a rapporté un exemple (2); MM. Jackson, Cabot, Bigelow, Homans, Putnam, Channing, Greene, Storer, en ont donné d'assez nombreux, recueillis soit chez de jeunes enfants vaccinés pour la première fois, soit chez des adultes soumis à la revaccination (3). Une simple excoriation produite à la main par le sommet très-piquant d'une foliole d'involucre d'artichaut, a déterminé un érysipèle considérable de tout le membre supérieur.

Ces diverses lésions sont des causes accidentelles d'érysipèle traumatique, lequel n'épargne pas davantage les plaies faites avec le bistouri le mieux aiguisé, tenu par la main la plus habile. L'érysipèle est de temps à autre la terreur du chirurgien. Il n'est pas seulement le résultat de la plaie faite aux téguments. Cette plaie n'en est que l'occasion. Sa véritable cause est ailleurs ; c'est cette cause intérieure qui prédispose l'organisme à la production de la phlegmasie, et donne à celle-ci de l'importance et de la gravité. Les érysipèles spontanés et les érysipèles traumatiques ne sont donc pas essentiellement différents, puisque ces derniers ne se produisent et ne se propagent qu'en vertu des circonstances qui font naître les premiers. Ces circonstances se rattachent surtout à l'influence épidémique.

IV. — CONSTITUTION MÉDICALE; INFLUENCE ÉPIDÉMIQUE.

L'érysipèle naît et se multiplie à diverses époques et dans certaines constitutions médicales; il devient alors épidémique.

En 1721, Richa vit à Turin, après de grandes variations et agitations atmosphériques, les érysipèles se montrer à la face, aux épaules, aux jambes. Ils n'étaient pas constamment

(1) Vieusseux; *Anc. Journ.*, t. L, p. 409. — Willan; *On cutaneous diseases*, t. I, p. 510.
(2) *Loc. cit.*, case XVIII, p. 127.
(3) *Extracts from Society for Medical improvement.* (*American Journal*, 1850, oct., p. 318; et 1854, july, p. 108.)

précédés de fièvre, et ils se terminaient souvent par une épistaxis [1].

Darluc observa, en 1750 et 1751, à Cailhau (Aude), une fièvre érysipélateuse grave, accompagnée d'affection vermineuse et de symptômes ataxiques [2].

William Bromfield voyait à Londres, vers le milieu du siècle dernier et à plusieurs époques, un érysipèle épidémique commençant au front, produisant une grande céphalalgie et beaucoup de faiblesse, et qui se terminait en laissant des croûtes analogues à celles de la variole. Les antiphlogistiques étaient très-nuisibles; les toniques et les vésicants étaient au contraire utiles [3].

Paris est depuis longtemps le théâtre fréquent d'épidémies du même genre. Lorry mentionne des érysipèles assez remarquables par l'étendue de la surface qu'ils embrassaient; ils régnèrent en 1777 [4]. En 1818, pendant l'automne, à la suite d'une longue sécheresse et de chaleurs excessives [5]; en 1827, à la Charité et en ville [6]; en 1828, dans les divers hospices de Paris [7] et dans des salles d'aliénés [8], l'application des exutoires faisait naître très-souvent des érysipèles. En 1829 régnèrent des fièvres érysipélateuses dans la maison de détention de Beaulieu [9]; en 1831, à la Pitié, dans le service de M. Velpeau [10]; en 1848, dans le même hôpital [11] et au Val-de-Grâce [12]. L'érysipèle était aussi très-répandu à l'Hôtel-Dieu, où il s'est montré à des époques très-rapprochées. M. Boinet l'y a vu en 1835 et 1836, dans les mois de

(1) *Constitutio epid. Taurin.* (Voyez Sydenham; *Opera*, t. II, p. 410.)
(2) *Ancien Journ. de Méd.*, t. VII, p. 57.
(3) *Chirurgical observations and cases.* London, 1773, p. 107.
(4) *Mémoires de la Soc. royale de Méd.*, t. II, Mém., p. 7.
(5) Chomel et Blache; *Dictionnaire*, t. XII, p. 216.
(6) Roux; Thèse de Spire, 1829, n° 227, p. 11.
(7) Lisfranc, à la Pitié. (*La Clinique*, t. II, p. 277 et 321.)
(8) Calmeil; *Lettre à M. Rayer.* (*Traité des maladies de la peau*, t. I, p. 146.)
(9) Raisin de Caen; *la Clinique*, 1830, p. 90.
(10) *Lancette française*, t. V, p. 105.
(11) Service de M. Michon. (*Gaz. des Hôpit.*, 1849, p. 22.)
(12) Marchal de Calvi. *Gaz. des Hôpit.*, 1848, p. 81.

mars et d'avril, et dans ceux de septembre et d'octobre; plus rarement en août et en novembre (1). Il a reparu dans les années 1842 (2), 1845 (3), 1852 (4), etc.

Au commencement de l'année 1842, une épidémie d'érysipèles se répandit dans les provinces de l'est du Canada, plutôt dans les villages que dans les villes. Elle s'emparait des contrées les plus sèches, les plus élevées, les plus salubres, s'introduisant dans celles qu'avait épargné le choléra en 1832 et 1834. Elle atteignait principalement les enfants et les femmes, surtout les femmes enceintes ou en couches. Elle avait été précédée par la scarlatine et coïncidait avec la fièvre puerpérale. Elle se terminait souvent par des suppurations du conduit auditif, ou des abcès au cou, aux aisselles, sur les parois du thorax. La convalescence était longue et difficile; elle rendit nécessaire l'usage précoce des toniques (5).

D'autres régions de l'Amérique Septentrionale étaient visitées par les épidémies d'érysipèle vers la même époque et même longtemps avant, comme aussi quelque temps après, c'est-à-dire de 1837 à 1852. H.-N. Bennet les avait vu se développer à Bethel (Connecticut) dès le mois de novembre 1837, en coïncidence avec une angine scarlatineuse (6). L'érysipèle parut à l'hôpital de New-York en 1841, où il fut étudié par Watson et Markoe dans les salles de chirurgie, tandis que les fièvres typhoïdes régnaient dans les autres services (7). Il existait la même année, à Middleburg, où l'observait Allen; il était alors compliqué d'angine et de glossite (8). Cette épidémie s'étendit à Moriah (9) et à Aurora (Indiana); elle fut re-

(1) *Des constitutions érysipélateuses qui règnent habituellement à l'Hôtel-Dieu de Paris, etc. Journ des Connaiss. méd.-chir.*, 1839, t. VI, p. 13.

(2) Services de Roux et de Blandin. *Gaz. des Hôpit.*, 1842, p. 325. — *Bulletin de Thérapeutique*, t. XXIII, p. 58.

(3) Service de Blandin. (*Gaz. des Hôpit.*, 1845, p 213.)

(4) *Gaz. des Hôpit.*, 1852, p. 157.

(5) Johnston; *Epidemic erysipelas.* (*Medical Times*, t. VII, p. 73.)

(6) *New-York Journ. of Med.*, 1848, may.

(7) *American Journal*, 1841, october, p. 328.

(8) *Boston Med. and Surg. Journ.*, t. XXIX, 1844.

(9) Sutton, *Western Lancet*, nov. 1843.

marquée dans les parties septentrionales de la province de Vermont et dans le New-Hampshire, en 1842 et 1843, par les docteurs Jewett, Newel, Harris, et surtout par Charles Hall, de Burlington, et Georges Dexter, de Lancastre, qui en donnèrent une histoire détaillée [1]. La même épidémie se répandit, en 1844, sur les bords du Mississipi et du Missouri [2], à Warrenton [3] et dans le comté de Delaware [4]; en 1847, dans le Michigan [5]; dans les comtés de Montgoméry, de Blair, de Sabanon, en 1851 [6], et à Newcastle en 1852 [7], attaquant beaucoup de femmes en couches, parmi lesquelles il y eut un certain nombre de victimes.

L'hôpital Saint-André nous a offert des exemples assez fréquents d'érysipèle épidémique. A certaines époques, soit dans les salles de chirurgie, soit dans celles de médecine, les solutions de continuité, la vésication, la cautérisation du tissu cutané sont devenues l'occasion du développement de l'érysipèle. En l'année 1844, et spécialement dans les mois de février, mars et avril, nous en vîmes un grand nombre. Sur 18 cas survenus dans mon service, 2 seulement venaient du dehors, 16 s'étaient développés dans les salles, où les malades étaient entrés pour d'autres affections; 6 y étaient depuis plus de vingt jours, 8 depuis douze ou quinze jours, et 1 depuis cinq jours. La plus légère occasion, une lésion cutanée quelconque, faisait naître la rougeur et un gonflement érysipélateux. C'est ce qu'on voyait au bras à la suite de la saignée; six fois, il s'en développa autour des vésicatoires; en même temps, il y eut onze érysipèles à la face ou au cuir chevelu qui parurent spontanés. Tous dépendaient évidemment de l'influence

(1) *Account of the erysipelatous fever as it appeard in the Northern section of Vermont and New-Hampshire in the years* 1842-1843. (*American Journ.*, 1844, january, p. 13.)

(2) Dr Drake; *Western Journ. of Med. and Surg.*, oct. 1844.

(3) Dr Puckett; *New-Orleans Med. Journ. Bull. med. Sc.*, nov. 1844.

(4) Dr Jesse Young; *Medical examiner*, sept. 1844. (*American Journ. of med. sciences*, oct. 1844, p. 546.)

(5) Dr Glisson; *New-York Journ. of Med.*, july, 1847, p. 127.

(6) *American Journ.*, 1852, october, p. 409.

(7) Dr Leasure; *American Journ.*, 1856, january, p. 45.

épidémique (1). Des faits analogues s'observèrent au printemps de l'année 1845 (2).

Depuis, sans être aussi prononcée, cette influence se manifeste de temps à autre, et vient, surtout dans les salles de chirurgie, compromettre le succès des opérations.

Cependant, l'hôpital Saint-André est dans d'excellentes conditions de salubrité; il est situé dans un quartier élevé; il est parfaitement exposé, bien aéré, récemment construit et tenu avec propreté.

L'humidité et le froid ne sont pas plus que la chaleur et la sécheresse les uniques ni même les principales causes des épidémies d'érysipèle. On observe chaque année des excès ou des vicissitudes de température, et cependant les épidémies d'érysipèles ne correspondent pas à ces diverses influences. Il faut admettre d'autres causes, d'autres agents, quelque miasme inconnu. Ce miasme serait-il de nature contagieuse? C'est une question à examiner.

IV. — CONTAGION.

Sauvages avait admis un érysipèle contagieux d'après les faits cités par Deslandes à l'occasion d'une épidémie observée à Toulouse (3). Mais le véritable caractère de cette maladie était douteux, et d'ailleurs on fit à peine attention à cet ordre de faits. C'est en Angleterre qu'est réellement née et qu'a été vivement soutenue l'opinion de la contagion de l'érysipèle.

M. Gregory raconte que les premières observations qui servirent de base à cette doctrine, remontent à l'année 1760. Un individu est apporté à l'un des hôpitaux de Londres avec un érysipèle de la face et en meurt. Un autre malade atteint d'une affection différente, ayant été couché dans le lit du premier, fut bientôt pris d'érysipèle de la face; il en fut de même de plusieurs autres personnes du même hôpital, et l'une

(1) *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 1844, p. 502.
(2) *Ibid.*, 1845, p. 554.
(3) *Hist. de l'Acad. des Sciences*, 1716. — Sauvages; *Nosol.*, t. I, p. 452.

d'elles en mourut (1). Au rapport de Baillie, en 1795 et 1796, l'érysipèle de la face fut très-fréquent à l'hôpital Saint-George, et quelques individus du dehors le contractèrent en visitant les malades. Bientôt après, Wells recueillit dans la pratique civile quelques faits qui produisirent une certaine sensation. Un homme atteint d'érysipèle de la face en était mort; peu de temps après, sa femme et un neveu en sont atteints et succombent. Au bout de quelques mois, l'hôtesse qui avait logé et soigné le premier malade, appelait Wells également pour un érysipèle. Cette femme avait apporté dans sa chambre la dépouille des morts (2).

Pitcairn traitait, en 1797, une dame qui était nourrice; elle présentait un érysipèle à la face; en même temps son enfant offrait un exanthème du même genre aux parties sexuelles. Tous les deux moururent. Huit jours après, la mère et la domestique de cette dame furent également affectées d'érysipèle de la face; toutefois, elles ne succombèrent pas (3).

Willan, qui avait vu, en 1785, successivement atteintes d'érysipèle une jeune fille et sa mère (4), assure que le fluide contenu dans les phlyctènes produites par cet exanthème appliqué sur une petite plaie d'un homme sain, produisit une rougeur et une tuméfaction diffuses ayant un aspect érysipélateux (5).

Weatherhead raconte que dans un vaisseau anglais, le *Jaloux*, vingt-trois hommes furent affectés d'érysipèle se transmettant à ceux qui usaient des mêmes hamacs et de la même gamelle (6).

En 1822, à l'infirmerie de Montrose, dit le docteur Gibson, une femme fut reçue pour un abcès de la main et une carie des phalanges, suites d'un érysipèle. Ses voisines de chambre fu-

(1) *Lectures on the eruptive fevers*, p. 208.

(2) *Obs. on erysipelas; Transactions of a Society for the improvement of Med. and Surg. Knowledge*, t. II, n° 17.

(3) Gregory, p. 214.

(4) *On cutaneous diseases*, p. 515.

(5) *Ibid.*, p. 514.

(6) *Med. and Phys. Journ.*, june 1814. (*Journ. général* de Sédillot, t. LI, p. 212.)

rent bientôt atteintes de ce genre d'exanthème. La salle fut évacuée, nettoyée, purifiée, et cependant quand d'autres personnes y revinrent l'érysipèle reparut. Il fallut de rechef faire sortir tous les malades et prendre de nouvelles précautions pour détruire ce foyer contagieux ([1]).

A ces faits se joignent ceux qui furent observés par Stevenson ([2]), par Arnott ([3]), par Lawrence ([4]).

L'observation de ce dernier est relative à un homme qui, ayant un séton à la nuque, fut atteint d'érysipèle terminé par un abcès du front. Cet individu couchait dans le même lit que sa femme et son enfant. Ce dernier, âgé de trois ans, eut un érysipèle de l'un des membres inférieurs, et la femme eut d'abord une angine, puis un érysipèle de la face.

G. Bury parle de la transmission de l'érysipèle à cinq personnes qui habitaient la même maison ([5]).

Maclachlan de Glasgow regarde l'érysipèle traumatique comme le plus contagieux. Il dit l'avoir vu se communiquer par l'attouchement des cadavres ou des éponges qui avaient servi aux nécropsies, chez des infirmiers dont la peau n'offrait d'ailleurs aucune solution de continuité ([6]).

Graves fait mention d'un jeune homme de dix-huit ans, très-robuste, qui, soignant sa mère atteinte d'érysipèle, contracta cette maladie, laquelle prit un caractère gangréneux. Cet individu avait été employé à renouveler sans cesse les fomentations prescrites à sa mère ([7]).

Hill, de Leuchars, a observé des faits qui ont rendu incontestable à ses yeux la propriété contagieuse de l'érysipèle : il a aussi reconnu certains rapports entre cette maladie et la péritonite puerpérale. Un homme se blesse à la main, il est atteint d'érysipèle. Cette maladie se manifeste quelques jours

([1]) Williams ; *Elements of Medicine*, t. I, p. 264.
([2]) *Transact. of the med.-chir. Soc. of Edimburgh*, t. II.
([3]) *London Med. and Phys. Journ.*, march 1827.
([4]) *Case* XIX, p. 130.
([5]) *London med. Gaz.* (*Gazette médicale*, t. I, p. 578.)
([6]) *Edinb. Med. and Surg. Journ.*, 1837. (*Gaz méd.*, t. V, p. 761.)
([7]) *Clinical Lectures on the practice of Medicine*, t. II, p. 823.

après chez sa femme, puis chez sa fille enceinte de sept mois, qui acouche d'un enfant portant des traces d'érysipèle sur les membres supérieurs. Elle-même mourut en présentant les symptômes d'une fièvre puerpérale maligne, maladie dont fut atteinte une autre femme que le docteur Hill allait habituellement visiter en sortant de chez la première. Ce médecin cite d'autres exemples : Un enfant de huit ans avait un érysipèle de la face avec abcès dans la région parotidienne. Sa mère, huit jours après, accoucha d'un enfant affecté d'érysipèle sur la face et sur le front; cet érysipèle s'étendit sur l'abdomen et devint mortel. La sage-femme qui avait accouché la mère, donnait en même temps des soins à une autre personne, qui fut prise de diarrhée, et dont le père, vieux et infirme, fut bientôt atteint d'angine et d'érysipèle de la face; un érysipèle se manifeste à la cuisse d'une autre fille du même individu. La sage-femme elle-même fut prise de gonflement et de douleur au bras droit, avec inflammation et abcès des ganglions axillaires. La personne qui en l'absence de cette sage-femme tombée malade, assista la seconde accouchée, contracta un violent érysipèle de la main et de tout le bras; enfin, une femme qui demeurait auprès de celle-ci pour en prendre soin, fut affectée d'angine gutturale, de gonflement des glandes du cou et de quelques symptômes de fièvre typhoïde ([1]).

Tous ces faits ont été recueillis en Angleterre, où la doctrine de la contagion de l'érysipèle est généralement reçue et professée. M. Gregory, ayant divisé les fièvres éruptives en contagieuses et non contagieuses, place l'érysipèle parmi les premières. D'accord avec le docteur Williams, il admet comme agent de propagation un poison morbide; et il trouve de grandes analogies entre ce miasme et celui qui, dans les maisons d'accouchements, produit la péritonite puerpérale; dans les hôpitaux d'enfants, la gangrène des parties sexuelles et l'ulcération de l'ombilic; dans les hôpitaux militaires, la pour-

([1]) *A series of cases illustrating the contagious nature of erysipelas and of puerperal fever. Monthly Journ. of med. Sc.*, march 1850. (*American Journ.*, 1850, july, p. 250.)

riture d'hôpital ; dans les autres grands établissements, les angines avec otite et glossite, et enfin, le typhus (1).

Toutefois, quelques opinions dissidentes se sont montrées en Angleterre. Dans une discussion soulevée par M. Welch, il y a quelques années, à la Société médicale de Westminster, M. Williamson soutint que l'érysipèle est une maladie infectieuse et non contagieuse. M. Deazby assura ne l'avoir vu contagieux que dans les cas de gangrène (2).

Les médecins américains sont moins convaincus que les anglais de la transmissibilité de l'érysipèle. M. Calvin Jewett ne croit point l'érysipèle contagieux à la manière de la variole et de la rougeole, mais à peu près comme le typhus (3). M. Ezra Bennett, de Dambury (Connecticut), qui soutient l'identité de la péritonite puerpérale et de l'érysipèle, avait pris la précaution, quand il avait visité un sujet atteint de ces affections, de se laver avec de l'eau chlorurée, de se baigner, de changer de linge, etc., et cependant la maladie se propagea chez six autres personnes qu'il visitait à la même époque ; tandis que son neveu, exerçant dans une ville voisine, et qui ne prit aucune précaution, n'eut point d'exemple de transmission à ses autres malades (4).

Un enfant de cinq mois, vacciné par M. Bigelow et atteint d'érysipèle, fournit du vaccin qui produisit de belles vésicules, mais point d'érysipèle (5). M. Storer rapporte l'observation d'une femme atteinte d'érysipèle très-grave pendant qu'elle allaitait un enfant; celui-ci demeura bien portant (6).

M. Bulkley, l'annotateur de l'édition américaine de l'ouvrage de M. Gregory, dit que l'érysipèle se répand par voie épidémique ou en vertu d'une infection causée par les fluides sécrétés et viciés, plutôt que par une véritable contagion (7).

(1) *Lectures on the eruptive fevers*, p. 210.
(2) *Medical Times*, t. V, p. 79.
(3) *American Journ.*, 1844, january, p. 19.
(4) *American Journ.*, 1850, april, p. 376.
(5) *Ibid.*, 1850, oct., p. 320.
(6) *Extracts from the Society for Med. improvement.* (*American Journ.*, 1851, july, p. 78.)
(7) *Erupt. fev.*, p. 214.

Les opinions sont loin toutefois d'être arrêtées aux États-Unis. M. Dutcher, insistant de nouveau sur les rapports de la péritonite puerpérale et de l'érysipèle, a cité des faits qui attesteraient une véritable transmissibilité de l'érysipèle, sa conversion en fièvre puerpérale chez les femmes en couches, et son apparition chez les nouveaux nés soumis à cette double influence (1).

En France, où cependant l'érysipèle est assez fréquent, les occasions d'en reconnaître la nature contagieuse ne se sont pas montrées, si ce n'est dans quelques cas rares. Tel est celui que rapporte M. Clément Olivier, d'Angers, de la communication d'un érysipèle d'une femme à son mari et à une personne qui était venue la voir (2); mais généralement on refuse à cette affection la transmissibilité (3), tout en admettant sa propagation épidémique, qu'il serait difficile de contester, et qui suffit pour expliquer les faits attribués à la contagion.

On cite deux sœurs demeurant à une grande distance l'une de l'autre et atteintes presque simultanément d'érysipèle du bras. Si elles eussent vécu près l'une de l'autre, on aurait certainement supposé une influence contagieuse (4).

M. Gregory pense que si dans les épidémies l'érysipèle survient plus vite quand la peau présente quelque solution de continuité, c'est parce que celle-ci offre une voie d'absorption et d'introduction plus facile du poison morbide (5). Mais on conçoit difficilement qu'une lancette chargée de virus vaccin, en faisant une imperceptible division, puisse ouvrir une voie suffisante à la pénétration d'un miasme. Et comment une plaie parfaitement à l'abri du contact de l'air, pourrait-elle servir à une inoculation analogue? Pour adopter la doctrine anglaise de la contagion de l'érysipèle, nous attendrons des faits positifs et convaincants, que l'observation nous a jusqu'à présents refusés.

(1) *American Journ. of med. Sc.*, 1856, january, p. 99.

(2) *Revue méd.-chir.*, 1847, t. I, p. 243.

(3) M. Rayer définit l'érysipèle : une inflammation exanthématique *non contagieuse*, t. I, p. 145.

(4) Ce fait a été observé à Alger, par M. Guyon. (*Gaz. méd.*, t. VII, p. 721.)

(5) P. 213.

C. — *Symptômes de l'érysipèle.*

a. — Prodromes. — Les médecins qui admettent la transmission contagieuse de l'érysipèle parlent d'une période d'incubation. M. Gregory assigne à cette période une durée de sept jours (1).

Le prochain développement de l'érysipèle s'annonce souvent par des lassitudes, de l'abattement. Il se manifeste fréquemment de l'inappétence, de la soif, des nausées, des douleurs épigastriques, de la constipation.

Il survient des frissons et un mouvement fébrile, intermittent ou rémittent.

Des symptômes de pléthore et de congestion se présentent parfois pendant ces prodromes.

Quelques phénomènes locaux peuvent également apparaître. Telle est cette injection vasculaire, cette rougeur superficielle donnée par Hippocrate comme un indice d'érysipèle prochain (2). J'ai vu, chez une fille de vingt ans, des papules discrètes se former sur le pied, que cet exanthème ne tarda pas à envahir.

Plusieurs auteurs ont mentionné la tuméfaction des ganglions lymphatiques voisins du lieu où l'érysipèle doit apparaître (3). J'ai vu ce symptôme plusieurs fois; mais il n'a pas la constance qu'on lui attribue. Feuger ne l'a vu que très-rarement (4); M. Bulkley en conteste la fréquence et même la réalité (5).

b. — Invasion. — La fièvre, qui avait été légère ou nulle, débute par le froid; la chaleur, l'état de congestion augmen-

(1) *Erupt. fev.*, p. 217.

(2) Les rougeurs parotidiennes survenues dans les fièvres à la suite d'une douleur sont signe d'un érysipèle qui se formera sur le visage. *Prénotions coaques*, 196. (Trad. de Littré, t. V, p. 627.)

(3) Hoffmann; *Med. rat. syst. de erysipelate*, § II. — Frank; *De cur. hom. morbis*, lib. III. — Borsieri; *Instit.*, t. II, p. 20. — Chomel; *Gaz. des Hôpit.*, 1843, p. 558. — *Dictionnaire de Médecine*, t. XII, p. 220.

(4) *Expérience*, t. X, p. 306.

(5) Gregory, p. 219.

tent bientôt ; l'exanthème qui se préparait se montre en même temps, ou le lendemain, ou le troisième jour. L'érysipèle peut aussi se développer sans avoir été précédé de fièvre [1].

c. — **Symptômes locaux.** — L'érysipèle s'accompagne des phénomènes locaux suivants :

1° Une *rougeur*, ordinairement uniforme, existe dans toute l'étendue de la phlegmasie ; cette couleur est rosée, pâle ou vive, et presque luisante ; dans quelques cas, qui seront indiqués, elle est violacée ou même livide. La rougeur disparaît sous le doigt qui comprime la partie affectée, et revient immédiatement après que la pression a cessé.

2° Une *tuméfaction* existe dans toute l'étendue de la rougeur et se limite avec celle-ci, d'une manière très-distincte à la vue et au toucher, par une sorte de rebord, de liseré ou de ligne de démarcation. Ce gonflement est plus ou moins considérable, selon l'épaisseur ou la laxité du tissu cellulaire de la région affectée. Il offre une certaine résistance, une sorte d'élasticité.

3° *Une chaleur plus ou moins vive* se fait sentir dans la partie occupée par l'érysipèle. Cette chaleur est âcre, parfois ardente. Le thermomètre appliqué sur cette surface peut s'élever d'un degré, comparativement aux parties saines [2].

4° La *douleur* de l'érysipèle a été comparée à celle de la brûlure. Mais elle est ordinairement moins forte ; elle consiste en un sentiment de tension incommode, parfois en une sensation prurigineuse, suivie de cuisson, que provoquent ou qu'augmentent la pression et le frottement.

5° La surface enflammée peut présenter des *vésicules* ou des *bulles* plus ou moins larges, contenant un fluide séreux, limpide. Ces bulles s'entr'ouvrent, le liquide suinte et peut devenir épais, jaunâtre. Quelquefois il se concrète, et forme des croûtes, d'abord jaunâtres, puis brunes et même noirâtres. Ces

(1) Gregory, p. 219.

(2) Feuger a vu le thermomètre monter de 35° et demi à 36° sur les parties affectées, et rester à 34, 35 et 35° et demi sur les parties saines de la face. (*Expérience*, t. X, p. 309.)

bulles, que Willan avait regardées comme l'un des symptômes essentiels de l'érysipèle, n'en sont qu'un épiphénomène peu fréquent. Dans les 146 observations recueillies à la clinique, il n'a été bien marqué que dix-huit fois.

d. — **Symptômes généraux.** — 1° Les organes digestifs offrent ordinairement la continuation des phénomènes qui s'étaient montrés pendant les prodromes. La *langue* est couverte d'un enduit épais, jaunâtre, sec ou humide. La *soif* est vive : il y a de l'*anorexie*, quelquefois des nausées et des *vomissements* d'une matière amère et jaunâtre. M. Gregory a vu, dans un cas funeste, le vomissement persister jusqu'au dernier jour (1).

2° Il existe souvent de la *céphalalgie*, de l'*insomnie*.

3° La *fièvre* qui s'est montrée au début persiste; elle est quelquefois peu marquée, d'autres fois très-intense, le plus ordinairement avec des exacerbations, et accompagnée d'une vive chaleur.

4° Le *sang* a présenté quelques modifications importantes. D'après plusieurs observateurs (2), il a un caractère inflammatoire. Callisen est d'un avis opposé (3), tandis que Lawrence a reconnu un état réellement phlogistique (4).

Voici les résultats de mes recherches. Le sang de 39 saignées ayant été examiné avec soin, le caillot s'est montré 14 fois plus ou moins consistant, 8 fois mou et 17 fois de consistance moyenne; 6 fois il n'y avait pas de couenne, 6 fois elle était molle, 4 fois dense, 13 fois mince, et 7 fois épaisse et consistante. Dans trois analyses du sang, la fibrine s'est trouvée en quantité supérieure à celle de l'état normal; elle a été de 4, et même elle a dépassé ce chiffre.

5° La *perspiration cutanée* est parfois diminuée; l'*urine* est rouge, rare et trouble, d'autres fois abondante et claire.

(1) *Erupt. fev.*, p. 225.
(2) Sydenham, sect. VI, cap. VI. — Cullen, § 707. — Vogel; *Manuale*, t. III, p. 348
(3) *Syst. chir. hod.*. vol. I, p. 243.
(4) *Cases* 2, 3, 5, 7, 10, 11, 12, 13, 17.

6° L'érysipèle n'exerce généralement aucune influence sur la menstruation [1].

D. — *Marche, durée de l'érysipèle.*

L'érysipèle augmente d'étendue pendant plusieurs jours, puis il diminue dans les points où il s'était d'abord montré, pour apparaître plus loin. Cette extension se fait par saccades ou d'une manière successive.

Lorsque l'extension a lieu par larges plaques, chaque progrès peut être marqué par un paroxysme fébrile.

Ordinairement, la marche de l'érysipèle est successive; chaque jour, on le voit gagner du terrain; la ligne qui le circonscrivait s'est élargie ou déplacée.

L'extension de l'érysipèle se fait irrégulièrement, passant d'un côté du corps à l'autre, ou se bornant à une région. Dans quelques cas, son développement offre de la régularité et même une sorte de symétrie. Chez un malade du service de Blandin, l'érysipèle, né d'une plaie de tête, suivit exactement les parties latérales, laissant la ligne médiane intacte [2]. On l'a vu, partant d'un séton à la nuque, s'étendre au cou et au tronc, en présentant des deux côtés la même étendue [3].

Par ses extensions ou ses développements, l'érysipèle s'épuise, la chaleur baisse, la fièvre se calme et la terminaison s'effectue.

La marche de l'érysipèle est ordinairement continue. Elle peut offrir des interruptions, rarement complètes et périodiques [4], plus souvent incomplètes et variables. Nous l'avons vue s'arrêter sept à huit jours pour reprendre ensuite, pendant un pareil espace de temps, chez une femme de trente ans, qui déjà avait éprouvé à quatre reprises la même maladie.

[1] Raciborski; *Moniteur des Hôpit.*, 1855, p. 884.

[2] *Journ. des Conn. méd.-chir.*, 1847, t. XIV, p. 50.

[3] Graves; *Dublin Journ. of med. Sc.* (*Gaz. méd.*, t. II, p. 211), et *Clinical lectures*, t. II, p. 330.

[4] Mongellaz cite l'exemple du type tierce. (*Irritations intermittentes*, t. I, p. 60.)

Une sorte de rémission peut avoir lieu dans le cours de l'érysipèle, et sa recrudescence est constatée par un retour très-marqué de l'intensité de la fièvre. Cette rémission ne s'observe d'une manière ni régulière, ni constante, ni même fréquente. Elle ne peut être assimilée à celle de la variole (1).

La *durée* de l'érysipèle varie. Elle est, en général, d'un à deux septenaires. Chez 128 des malades de la clinique, il a été possible de suivre d'une manière précise le cours de l'exanthème, qui a parcouru ses périodes en :

5	jours chez	6	malades.	14	jours chez	7	malades.
6	—	2	—	15	—	8	—
7	—	34	—	17	—	3	—
8	—	4	—	18	—	5	—
9	—	35	—	21	—	1	—
10	—	4	—	25	—	2	—
11	—	13	—			128	—
13	—	6	—				

L'érysipèle s'est terminé le plus souvent les septième et neuvième jours, puis les onzième, treizième et quatorzième; c'est-à-dire, comme l'ont constaté la plupart des observateurs, à la fin du premier septenaire ou dans le cours du deuxième.

Dans quelques cas excessivement graves, avec complication ataxique, la terminaison s'est effectuée par la mort en vingt-quatre ou quarante-huit heures.

En 1817, au mois d'août, un maçon, qui avait travaillé à réparer la salle des morts du Val-de-Grâce, fut pris d'érysipèle à une jambe et à un avant-bras, avec fièvre, issue involontaire des urines, parole embarrassée. Il mourut le deuxième jour (2).

Lorsque la marche de l'érysipèle s'opère par larges plaques qui se succèdent, la durée de chacune de celles-ci peut être de trois, quatre ou six jours, ainsi que l'a vu M. Vel-

(1) Il a été question de cette analogie dans *Gaz. des Hôpit.*, 1841, p. 330.

(2) Hervez de Chegoin; *Nouveau Journal*, t. VI, p. 103.

peau [1], et alors l'ensemble de la maladie a une durée de plusieurs septenaires.

E. — *Terminaisons de l'érysipèle.*

a. — **Résolution.** — L'érysipèle se termine le plus ordinairement par résolution. La rougeur, le gonflement, la chaleur diminuent. Une desquamation s'opère : l'épiderme se détache sous forme de lamelles très-minces. La peau conserve pendant quelques jours de la sensibilité. Elle peut demeurer plus épaisse qu'elle ne l'était antérieurement, si plusieurs fois l'érysipèle a occupé le même siége.

b. — **Délitescence.** — La marche de l'érysipèle est quelquefois troublée, arrêtée dès le début. Alors peuvent survenir des symptômes graves : une fièvre intense, le coma, des vomissements, une congestion thoracique [2], une métastase sur le péricarde [3].

L'érysipèle peut disparaître d'une région pour se montrer dans une autre plus ou moins éloignée; on l'a vu se transporter de la jambe à la face [4].

c. — **Suppuration.** — La suppuration de l'érysipèle peut se produire de deux manières : elle résulte du déchirement des bulles formées à la surface du tégument enflammé; elle est superficielle; c'est le fluide séreux qui s'épaissit, devient trouble, lactescent, puis purulent; ou bien elle est profonde, sous-cutanée, et constitue un ou plusieurs abcès. Elle dépend alors de la participation du tissu cellulaire à la phlegmasie de la peau [5]. Ce mode de terminaison appartient essentiellement

(1) *Annales de la Chirurgie française et étrangère*, février 1842.— *Gaz. des Hôpit.*, 1842, p. 529. — *Moniteur des Hôpit*, 1854, p. 865.

(2) Voyez une Observation de Carmoy; *Annales cliniq. de Montpellier*, t. XII, p. 308.

(3) Robert Adams; *Dublin hospital Reports*, t. IV. — Brlkley. (Gregory, p. 295.)

(4) D'Apples; *Acta Helvetica*, t. II, p. 75.

(5) *Transactions of a Society for the improvement of Medical and Surg. Knowledge*, t. III. — *Journal* de Sédillot, t. XLV, p. 449.

à l'érysipèle phlegmoneux; mais, même sans cette complication, l'érysipèle peut se terminer par suppuration ([1]). Chez onze de nos malades, des abcès se sont formés. Quand ces abcès ont été multiples et successifs, ils ont accusé l'influence d'une véritable diathèse purulente.

J'ai donné ailleurs des preuves de cette influence ([2]). Aux faits que j'ai rapportés, on peut en joindre plusieurs autres. L'un des plus remarquables a été recueilli par M. Landouzy chez un boulanger âgé de vingt-cinq ans, atteint d'érysipèle de la face et du cuir chevelu. Cet exanthème fut suivi de 69 abcès, dont 23 à la tête, 18 au dos, et les autres aux membres. L'invasion de la maladie avait été précédée de prodromes graves, d'une fièvre très-intense, d'angine, de gonflement des ganglions cervicaux, de céphalée, etc. Les abcès se formèrent non-seulement dans les parties que l'érysipèle avait parcourues, mais aussi dans beaucoup d'autres points ([3]).

d. — **Gangrène.** — Hippocrate a connu ce mode de terminaison, aussi bien que le précédent ([4]). Willan a fait de la terminaison de l'érysipèle par gangrène le caractère de l'une de ses variétés ([5]). Bateman a suivi son exemple ([6]).

La gangrène peut dépendre, soit de l'intensité de l'inflammation, soit, et plus souvent, de sa nature, de son mode et de l'état général de l'individu.

L'érysipèle se termine très-souvent par gangrène chez les sujets très-jeunes ou très-vieux et chez ceux qui sont atteints de cachexie, surtout de la cachexie séreuse.

La couleur de la partie malade devient violacée, livide, noirâtre; des phyctènes se forment à sa surface et se remplissent d'un liquide roussâtre, brun. Les douleurs peuvent

([1]) Walschmann; *Medical Memoirs*, t. V, p. 182. — *Journ. de Méd.* de Beau, 1844, p. 257. — *Gaz. méd.*, t. VII, p. 313, 721. — *Gaz. des Hôpit.*, 1840, p. 350. Etc.

([2]) T. III, p. 236.

([3]) *Gaz. méd.*, t. VII, p. 313.

([4]) Aph. 20, sect. VII.

([5]) *Cut. diseases*, t. I, p. 497.

([6]) *Practical synopsis*, p. 128.

être très-vives ou nulles, la chaleur élevée ou très-basse. Toute la partie a perdu de sa consistance, de son élasticité.

La gangrène peut être superficielle, circonscrite en un point ou disséminée sur plusieurs. Le malade dont Graves a donné l'histoire déjà citée eut des plaques gangréneuses sur le thorax, l'abdomen, le scrotum, etc. ([1]).

D'autres fois, les points gangréneux correspondent à des noyaux phlegmasiques du tissu cellulaire.

F. — *Influence de l'érysipèle sur divers états pathologiques antérieurs.*

Ce point de l'étude de l'érysipèle n'a pas suffisamment appelé l'attention des observateurs. Cependant, une maladie aiguë, développée dans le cours d'une affection chronique, doit généralement exercer sur celle-ci une influence marquée.

J'ai vu des états nerveux mal déterminés s'améliorer après le développement d'un érysipèle. Des céphalées intenses et opiniâtres ont cédé par le fait de cette coïncidence. M. Guthrie en a vu un cas remarquable ([2]). L'hydropisie qui accompagne la néphrite granuleuse a paru modifiée utilement par le développement d'un érysipèle.

Très-souvent l'érysipèle ne fait qu'ajouter un accident de plus, comme dans les affections organiques du cœur, dans la goutte, dans la cachexie séreuse.

G. — *Récidives de l'érysipèle.*

L'érysipèle est très-sujet à revenir après un certain temps, ainsi que je l'ai déjà dit en parlant des circonstances morbides qui y disposent.

Ces récidives ont été signalées par Hoffmann, par Heister, par Gmelin, par Medicus ([3]), et par tous les praticiens. Elles

([1]) *Clinical lectures*, t. II, p. 328.
([2]) *Medico-chir. Review*, july 1829, p. 473.
([3]) Voyez Schroeder; *De febre erysip.*, p. 190.

ont lieu irrégulièrement ou avec quelque régularité, par exemple tous les ans [1], ou deux fois par an [2], ou tous les trois mois [3], ou toutes les six semaines [4], ou à chaque période menstruelle (Heister).

Chez une femme de vingt-huit ans, un érysipèle se manifestait tous les mois avec les règles, qui duraient huit jours. Elle devint enceinte, et l'érysipèle cessa, pour reparaître deux mois après l'accouchement. La même suspension eut lieu pendant une seconde grossesse [5].

Chez une autre femme, c'était à la fin de chaque grossesse que l'érysipèle revenait (Medicus).

Ce n'est pas seulement chez les femmes que l'érysipèle a présenté une sorte de périodicité mensuelle; ce fait a été observé pendant un an et demi chez un jeune homme de vingt-trois ans, élève en médecine [6].

H. — *Suites de l'érysipèle.*

L'érysipèle qui se répète dispose aux congestions sanguines ou séreuses dans les régions qu'il a occupées; il conduit aux hypertrophies et à des modifications de texture. L'éléphantiasis des Arabes en présente un exemple fort remarquable.

Il peut aussi laisser une disposition aux phlegmasies aiguës. Richa rapporte l'exemple d'un malade qui, guéri d'un érysipèle épidémique, devint subitement furieux; il y avait de la fièvre. L'érysipèle récidive; le calme renaît : mais l'exanthème ayant de nouveau disparu, une pneumonie se manifesta et devint mortelle [7].

L'érysipèle du crâne est souvent suivi de la chute partielle des cheveux.

(1) Hoffmann; *Med. rat. syst.*, t. IV, p. 1, sect. 1, cap. XIII, p. 8. — Delcan; *Abus du vomissement*, p. 72.

(2) Lorry. — Humbert, thèse, 1830, n° 109, p. 8. *Printemps et automne.*

(3) Hoffmann, *loc. cit.*

(4) Gmelin; *Commerc. nor.*, 1737, p. 60.

(5) *Bullet. de Thérap.*, t. XXXIII, p. 393.

(6) Thèse de M. Fontaine, 1831, n° 193, p. 19.

(7) *Constitut. epid. Taurin.*, an. 1721, § XIX, ægrot. 7.

I. — *Variétés de l'érysipèle.*

L'érysipèle présente des variétés nombreuses qui dépendent des circonstances sous l'influence desquelles il s'est développé. Ainsi, l'érysipèle *spontané* diffère sous quelques rapports de celui qu'on a nommé *traumatique*. Ce dernier naît des parties lésées; de là il s'étend en suivant fréquemment le trajet des vaisseaux lymphatiques, comme le prouvent les lignes rouges qui émanent du point de départ ([1]). Il produit un gonflement plus ou moins grand, mais il est moins sujet à ces déplacements rapides et multipliés qui forment l'un des caractères de l'érysipèle spontané. Diverses autres circonstances peuvent faire naître des différences assez sensibles dans le mode de manifestation de l'érysipèle; mais les plus importantes se rapportent : 1° aux complications de cette maladie; 2° aux régions qu'elle occupe; 3° à l'âge des individus qui en sont affectés.

a. — Variétés relatives aux complications. — 1° Une inflammation vive du tissu cellulaire, étendue à la majeure partie de la région occupée par l'érysipèle et ayant une tendance à se terminer par suppuration, constitue la complication nommée *érysipèle phlegmoneux*. Le phlegmon qui se joint à l'érysipèle ne ressemble pas à celui qui est simple et circonscrit; il est diffus ([2]), et produit ou une très-large collection de pus ou des foyers nombreux et disséminés avec décollement de la peau, ou avec des eschares gangréneuses. De là trois degrés d'intensité parfaitement distingués par les chirurgiens ([3]). Je n'entre pas dans des détails qui appartiennent à la pathologie externe.

([1]) Voyez les remarques de Bonnet de Lyon. (*Bullet. de Thérap.*, t. XXXIV, p. 125.)

([2]) Duncan; *On diffuse inflammation of the cellular texture*. (*Medico-chir. Transact. of Edinburgh*, t. I, p. 470.)

([3]) Dupuytren; *Leçons orales*, t. II, p. 287. — Thèse de Patissier, 1815, n° 203. — Olivier, 1820. — Lefalenet, 1824. — Lepelletier; *Traité de l'érysipèle*, p. 146. — Lawrence, 27e, 28e et 29e Obs.

2° L'érysipèle appelé *œdémateux* se forme sur une partie déjà atteinte d'œdème chronique ou de leucophlegmatie, ou bien il s'accompagne dès son début ou dans son cours d'une infiltration séreuse du tissu cellulaire sous-cutané. Ce sont deux coïncidences très-différentes. Dans la première, l'œdème est passif, atonique, et dispose les parties à la mortification. Dans la seconde, il est aigu, actif, et participe au caractère inflammatoire de l'érysipèle. La peau est tendue, mais elle a de la mollesse et moins d'élasticité que dans l'érysipèle ordinaire. La tuméfaction est très-prononcée et non exactement circonscrite. La rougeur est moins intense, mêlée d'une teinte jaunâtre ; elle est plus ou moins luisante. Il n'y a pas de tendance à la suppuration, mais il peut se former des phlyctènes. L'œdème se joint quelquefois à l'érysipèle lorsque celui-ci décline, et il peut lui succéder.

3° Les *ganglions lymphatiques* s'enflamment quelquefois dans le voisinage de l'érysipèle et forment une complication qu'il est convenable de noter (1), surtout si l'on aperçoit des traces de lymphangite.

4° L'inflammation des veines voisines de l'érysipèle constitue encore une coïncidence remarquable. Cette *phlébite* est superficielle, ou profonde (2) et s'étend aux principaux troncs veineux : elle peut n'être pas étrangère à l'engorgement œdémateux des parties affectées. L'érysipèle prend alors une teinte livide. La stase du sang dispose à la gangrène (3).

5° J'ai vu le *rhumatisme aigu* s'allier étroitement à l'érysipèle et produire un état mixte extrêmement grave. J'ai publié cinq observations de cette variété, recueillies à la clinique (4). L'un des traits les plus remarquables de cette complication, était la tendance à la production du pus. Ce n'étaient point des érysipèles phlegmoneux : l'inflammation avait pénétré

(1) Lawrence, *case* IV.

(2) Flandin ; *Considérat. sur l'érysipèle.* (*Journ. complém.*, t. XLI, p. 68. Obs. 5 et 6.)

(3) Voyez un exemple d'érysipèle du scrotum, chez un convalescent de fièvre typhoïde ; on trouva dans la veine crurale une bouillie grisâtre, purulente. Par Berthoud, service de M. Marchal de Calvi. *Gaz. des Hôpit.*, 1848, p. 29.

(4) *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 1844, p. 265.

dans la substance musculaire et y avait produit des abcès.

6° L'érysipèle complique quelquefois ou remplace l'accès *de goutte,* et alors son siége est ordinairement vers les membres inférieurs.

7° Des *symptômes adynamiques,* ceux de la fièvre typhoïde, se joignant aux phénomènes de l'érysipèle, en forment une maladie des plus sérieuses, ayant une disposition spéciale à se terminer par la gangrène (1).

8° L'*état ataxique* peut s'accompagner d'un érysipèle dont la gravité tient à cette coïncidence. La marche en est irrégulière et rapide, la terminaison le plus souvent funeste. C'est l'érysipèle malin.

9° Les rapports de la peau, comme organe sensitif avec le système nerveux, avec l'encéphale, expliquent, comme le fait remarquer M. Clutterbuck (2), la facile production des phénomènes ataxiques dans le cours de l'érysipèle grave. Mais il est des relations spéciales qui rendent encore raison des complications qui peuvent survenir. Ainsi, l'érysipèle du cuir chevelu se complique facilement de *méningite* et de *méningo-encéphalite* (3); celui du tronc, *d'inflammation des séreuses* sous-jacentes. Ces circonstances méritent la plus grande attention.

10° Les phlegmasies des membranes muqueuses se sont fréquemment montrées avant ou pendant le cours de l'érysipèle. M. Gull a exposé des faits remarquables d'alliance de l'*angine,* de la *stomatite,* de la *rhinite,* avec l'érysipèle. Le voile du palais était tuméfié, œdémateux. L'inflammation pénétrant dans le larynx formait la complication la plus formidable (4). Dans l'épidémie de Montrose et dans celles du Canada, ces coïncidences étaient fréquentes (5).

(1) Darluc; *Ancien Journ. de Méd.*, t. VII, p. 55. — Tacheron, t. I, p. 96, et Obs. 6, 7, 8. — Terriou; Thèses de Paris, 1807, nº 84, p. 21.

(2) *Medical Times*, t. IX, p. 138.

(3) Deslandes; *Biblioth. méd.*, t. VI, p. 55, 1824. — Dubourg, service de M. Serres. *Archives*, t. X, p. 584.

(4) *On the alliances of erysipelas.* (*London medical Gazette,* 1849, june. — *American,* 1849, oct., p. 498.)

(5) *Med. Times,* t. VII, p. 73.

11° Les organes digestifs sont très-souvent affectés dans l'érysipèle, soit qu'il existe une *inflammation évidente de l'estomac ou des intestins,* soit que cette phlegmasie demeure latente et ignorée pendant la vie ([1]), soit que l'irritation ne se traduise que par une hypersécrétion de bile et de matières saburrales, circonstance assez fréquente dans l'érysipèle, qui, dans les livres des pathologistes, prend le titre de *bilieux.* L'irritation de l'estomac peut encore offrir un caractère essentiellement nerveux et produire des vomissements persistants: M. Gregory les a vus se répéter jusqu'à la mort ([2]).

12° Une coïncidence fort importante et qui a vivement excité l'attention des médecins américains, est celle de l'*état puerpéral.* Dans diverses épidémies l'érysipèle marchait de concert avec la péritonite des femmes en couches, ces états morbides se prêtant une mutuelle et funeste gravité ([3]). Du reste, ainsi que je l'ai déjà dit, on a constaté entre eux une étroite relation. Des personnes qui avaient soigné des femmes atteintes de péritonite puerpérale, ont contracté des érysipèles étendus, graves et souvent mortels ([4]). M. Kneeland a craint d'avoir fait naître la fièvre puerpérale chez plusieurs femmes, en les visitant après des individus atteints d'érysipèle ([5]). La coïncidence dont il est ici question se rapporte moins aux effets ou à la forme morbide, qu'aux conditions étiologiques et aux influences communes, ou, comme le disent les Anglais, au genre de poison ou de miasme qui a développé chez les uns l'érysipèle, chez les autres la péritonite puerpérale.

5. — Variétés relatives aux régions occupées par l'érysipèle. — I. *Érysipèle de la face et du cuir chevelu.* — Je réunis ces deux variétés, parce qu'elles ont entre elles des rapports de

([1]) Voyez-en un exemple très-remarquable fourni par le service de M. Louis. (*Gaz. des Hôpit.*, 1846, p. 550.)

([2]) *Érupt. fev.*, p. 295.

([3]) Hall et Dexter; *American Journ.*, 1844, january, p. 18. — Ezra Bennett; *Ibid.*, 1850, april, p. 376.

([4]) *American Journal*, 1849, oct., p. 497.

([5]) *Ibid.*, 1846, april, p. 324, 334.

voisinage, et que l'une s'accompagne fréquemment de l'autre. Toutefois, elles présentent quelques différences qu'il convient de signaler. L'*érysipèle* borné *au cuir chevelu* est rare. Il est ordinairement le résultat d'une lésion traumatique; il ne s'accompagne jamais de phlyctènes; il peut être œdémateux ou phlegmoneux. Dans ce dernier cas, il est quelquefois suivi de la nécrose de la table externe des os du crâne ([1]). Les ganglions cervicaux s'engorgent parfois ([2]). Dans cette variété, les symptômes cérébraux sont toujours imminents; le délire a lieu souvent. Il peut n'être que sympathique ou dépendre d'une inflammation des méninges.

L'*érysipèle de la face* constitue une affection spéciale, distincte, qui, selon M. Arnott, devrait porter seule la dénomination d'érysipèle ([3]).

Cette variété est la plus fréquente de toutes. Elle existait 122 fois parmi mes 164 observations. Dans six cas, il y avait en même temps érysipèle de la face et du cuir chevelu, et dans sept autres, à l'érysipèle de la face se joignait celui de quelque région du tronc ou des membres.

Cet exanthème peut naître, indépendamment des causes générales déjà mentionnées, d'un eczéma du conduit auditif, d'une phlegmasie des voies lacrymales ou d'une irritation chronique de la muqueuse nasale.

Il est souvent précédé de fièvre, laquelle peut offrir des rémissions plus ou moins prolongées. Il y a presque toujours une céphalalgie gravative, des éblouissements, des vertiges. J'ai vu survenir le délire dès le début. D'autres coïncidences s'observent, comme le coryza, l'angine ([4]), l'engorgement des ganglions lymphatiques du cou. Selon Chomel, cet engorgement a lieu dans près de la moitié des cas ([5]).

([1]) Observation recueillie dans le service de Dupuytren, par M. Junod. (Thèses de Paris, 1833, n° 316, p. 7.)

([2]) Observation recueillie dans le service de M. Grisolles, par M. Oulmont. (*Union*, t. I, p. 597.)

([3]) *London medical Journal*, t. LVII, p. 210. — Lawrence, p. 25.

([4]) Gregory, p. 230.

([5]) *Gaz. méd.*, t. II, p. 649.

J'ai vu l'érysipèle commencer par le nez ou par l'oricule, ou par le front, plus souvent par une joue, plus particulièrement par la droite, rarement par les deux côtés en même temps.

Ordinairement, il apparaît dans une région, s'étend vers la ligne médiane, la traverse et s'avance du côté opposé.

Suivant la direction du front ou s'élevant de l'oricule vers le côté de la tête, il se propage à travers le cuir chevelu.

Le malade a de la fièvre, une chaleur âcre, une tension incommode; en outre, il éprouve une céphalalgie intense, de l'agitation, de l'insomnie ou un assoupissement continuel, souvent du délire. Quelquefois les yeux sont fixes, et le malade semble avoir perdu la parole (1).

L'érysipèle de la face peut se terminer brusquement par une métastase sur les méninges (2).

La terminaison la plus ordinaire est la résolution; il survient souvent au déclin une épistaxis. La suppuration n'est pas rare; elle se présente sous la forme d'abcès dans l'orbite (3) ou dans les paupières; j'ai observé huit à dix fois ces abcès, tantôt sous la paupière supérieure, tantôt sous l'inférieure.

Quelquefois il se fait un écoulement épais, muqueux, ou même puriforme et fétide, par le nez ou par les oreilles (4).

L'érysipèle de la face peut se terminer par gangrène. Je vis en consultation, en 1844, une femme de soixante-dix ans, forte et jouissant ordinairement d'une bonne santé. Après un accès de colère, s'étant exposée au froid, elle fut prise d'un érysipèle de la face. Tout à coup, le sixième jour, la lèvre inférieure se tuméfia excessivement et se gangréna. L'érysipèle gagnait en même temps le cou et le thorax. Le délire, la diarrhée survinrent. Les toniques, les révulsifs furent vainement employés.

(1) Dickson; *Erysipelas of the face, whein infl. extended to the Brain.* (*Edinb. Journ.*, t. XVII, p. 93.) — Marchal de Calvi; *Gaz. des Hôpit.*, 1848, p. 82. Etc.

(2) Franc. Hildenbrand; *Annales scholæ clinicæ med. Ticinensis*, pars 1a, p. 291.

(3) Piorry; *Gaz. méd.*, t. 1, p. 281. — Malle; *Ibid.*, p. 346.

(4) Blake; *Climate and diseases of California.* (*American Journal*, 1852, july, p. 60.

J'ai vu l'érysipèle, quand il était intense sur quelques points des téguments du crâne, devenir une cause de calvitie partielle.

La répétition des érysipèles de la face et du cuir chevelu peut avoir pour conséquence de rendre fréquentes les congestions cérébrales et de disposer, par suite, à la paralysie générale. M. Baillarger en a rapporté trois exemples remarquables [1].

II. *Érysipèle du tronc.* — Cet érysipèle est presque toujours traumatique. Je l'ai vu survenir après l'application d'un séton à la nuque, ou d'un vésicatoire entre les épaules. Il peut aussi se manifester à la mamelle chez les femmes nouvellement accouchées, et dépendre des efforts de succion du nouveau-né ou de toute autre irritation du mamelon. Dans ce cas, il est presque toujours phlegmoneux. Il peut déterminer quelques points de gangrène.

L'érysipèle du scrotum se manifeste souvent avec l'œdème des bourses; il peut donner lieu à des collections purulentes ou à des taches gangréneuses.

L'érysipèle du tronc peut prendre l'aspect du zona, maladie avec laquelle on l'a souvent confondu.

Un scieur de long, âgé de trente ans, nous offrit au début de la maladie quelque incertitude. Une large bande rouge, partant du sternum et se portant à droite, envahit d'abord les environs du mamelon; puis, s'élargissant, elle recouvrit toute la partie postérieure du tronc et envoya des traînées dans le côté gauche, jusqu'au voisinage du sternum, de manière à compléter la ceinture. Des phlyctènes larges se formèrent sur ce trajet. Mais la maladie ne se borna pas là : elle s'étendit au membre supérieur droit et y fit naître aussi des bulles.

Le zona, on le sait, se borne à un côté, n'offre pas une rougeur et une tuméfaction uniformes; il est constitué par des groupes de vésicules; enfin, il s'accompagne de douleurs lancinantes, qui manquèrent chez le malade dont je parle.

[1] *Annales médico-psychologiques*, oct. 1849. (*Gaz. des Hôpit.*, 1849, p. 607.)

L'érysipèle du tronc tend à se propager. Il devient quelquefois très-grave et même mortel. En voici un exemple :

. Un cordonnier, âgé de cinquante-trois ans, assez bien constitué, était entré à la clinique interne pour des douleurs rhumatismales affectant la région lombaire et tout le côté gauche du thorax. Des bains sulfureux avaient été commencés ; il avait fallu les interrompre, à cause de quelques accès de fièvre intermittente, dont le sulfate de quinine triompha sans difficulté. La pleurodynie persistant, des vésicatoires volants furent appliqués sur le thorax. Il survint une éruption de furoncles, et bientôt après apparut un érysipèle à la partie postérieure du tronc. Il faisait des progrès. On essaya vainement de l'arrêter par des bandelettes de vésicatoire, par des lignes de cautérisation au nitrate d'argent. Il continua de s'étendre, gagnant les parois du thorax et celles de l'abdomen, jusqu'au pubis. Pendant ce temps, la fièvre était intense, et des symptômes cérébraux graves s'étaient manifestés ; il y avait du délire, très-souvent de l'assoupissement, des soubresauts de tendons ; les évacuations étaient involontaires. L'érysipèle avait gagné la région fessière, et, d'autre part, la face et le membre supérieur gauche. Là, le gonflement étant devenu très-considérable, avec rénitence et rougeur vive, il devint facile de juger que l'érysipèle était phlegmoneux. Cet état réclamant des soins chirurgicaux, le malade dut être transporté dans un autre service. Je ferai remarquer que les symptômes cérébraux avaient de plusieurs jours précédé l'érysipèle de la face, et que celui-ci ne s'étendit pas au crâne. Ces symptômes ne résultaient donc pas d'une propagation de la phlegmasie aux méninges ; ils tenaient à la nature essentiellement ataxique de la maladie. Après avoir donné, à cause du rhumatisme, de l'alcoolature d'aconit, je prescrivis l'extrait mou de quinquina, le musc, le camphre, le bouillon à doses rapprochées. Il y eut une amélioration momentanée ; mais la recrudescence de l'érysipèle et son irruption si violente sur tout le membre supérieur gauche, firent renaître le danger. De vastes foyers purulents s'étaient formés ; et malgré les soins les plus habiles et les plus attentifs qui furent prodigués dans une salle de chirurgie, le malade finit par succomber.

III. *Érysipèle des membres.* — L'érysipèle des membres est presque toujours le résultat d'une lésion locale. J'ai vu celui de l'avant-bras et du bras dépendre d'une saignée dont la cicatrisation avait été contrariée par quelques imprudences. Parfois, une sorte de périphlébite accompagnait la phlegmasie cutanée.

Un cautère ou un vésicatoire à la jambe est une cause fréquente d'érysipèle, surtout chez les goutteux ou chez les femmes qui ne sont plus réglées. J'en ai vu plusieurs exemples. Les membres inférieurs déjà œdémateux sont très-disposés à l'érysipèle.

Cette affection s'accompagne souvent de l'engorgement des ganglions inguinaux, quelquefois d'angioleucite et de phlébite.

La complication du phlegmon diffus est ici assez commune. J'ai vu des abcès nombreux se succéder dans un cas de ce genre, chez un homme âgé de cinquante ans.

IV. — *Érysipèle ambulant, érysipèle successif, érysipèle général.* — Je réunis ces trois variétés parce qu'elles affectent plusieurs régions : la première, en se transportant rapidement d'une partie sur une autre ; la seconde, en s'étendant de proche en proche ; et la troisième, en se manifestant simultanément sur une grande étendue de la surface cutanée.

L'*érysipèle ambulant* ou *erratique,* indiqué par Sauvages, Willan, Boyer, Renauldin, etc., a été décrit avec soin par Hoffinger (1) et par Fenger, de Copenhague (2). Ce dernier en a recueilli deux cent dix-sept exemples.

Cette variété s'observe à la suite des fièvres graves, des maladies ataxiques, des lésions cérébrales, du choléra (3).

La fièvre précède ou accompagne chaque évolution ou chaque déplacement de l'érysipèle. Mais elle ne se soutient que peu de jours.

La partie récemment affectée présente une rougeur vive, une tuméfaction prononcée et circonscrite, tandis que celle qui avait été précédemment atteinte pâlit et s'affaisse ; sa circonscription s'efface peu à peu (4).

L'*érysipèle successif* parcourt plusieurs parties d'une manière plus lente et sans abandonner aussi brusquement celle

(1) *De volatica seu de erysipelate erratico*. Viennæ, 1780. (*Anc. Journ.*, t. LXVI, p. 130.)

(2) Dissertation inaugurale, trad. dans *Expérience*, t. X, p. 289, etc.

(3) Clément Olivier ; *Gaz. des Hôpit.*, 1849, p. 587.

(4) Thèse de Patissier, 1815, nº 203, p. 31. — Rennes ; *Archives*, 1830, t. XXIV, p. 534, etc.

qu'il avait d'abord affectée (1). C'est ainsi que la face, le cou, le tronc, les membres, peuvent être visités par l'érysipèle. J'ai vu cette propagation commencer à un séton et s'étendre au dos, aux membres, et enfin à la face.

Ces érysipèles ont une tendance à produire des abcès, surtout quand ils ont leur siége aux membres inférieurs. Ces abcès se forment sans douleur, comme l'a remarqué Dupuytren (2).

Il peut aussi se produire, dans les parties où l'érysipèle ne s'était pas montré, de petites tumeurs et des abcès, qui mettent par cette sorte de crise un terme définitif aux progrès de l'exanthème (3).

L'érysipèle peut être alternativement successif et ambulant, en se développant par saccades ou par simple extension. Parmi les faits que j'ai recueillis, le suivant me paraît digne d'être consigné.

Jeanne B..., âgée de dix-sept ans, de Blines (Landes), domestique, non vaccinée, régulièrement mais peu abondamment réglée, éprouve, le 17 septembre 1839, du malaise, une céphalalgie intense et des frissons. La main droite se tuméfie et paraît rouge; l'avant-bras, le bras et la partie postérieure du cou présentent le même état. Le 19, la face se gonfle; le nez, les pommettes deviennent le siége de douleurs vives, lancinantes, et offrent une couleur vermeille.

La malade entre à l'hôpital le 21. On constate l'état suivant : peau chaude, pouls fréquent, céphalalgie; langue très-blanche au milieu et rouge à la pointe; épigastre sensible à la pression; abdomen indolore, constipation. Pas de toux ni d'expectoration. Le membre supérieur droit et la partie postérieure du cou sont occupés par une inflammation vive. La tuméfaction est considérable: on observe les mêmes phénomènes, mais moins prononcés, à la face. (Saignée du bras de 400 grammes, — caillot très-consistant, sérum peu abondant; — tisane de chiendent nitrée, diète.)

24. L'érysipèle n'a pas fait de progrès.

25. Il se montre sur le bras et sur l'avant-bras gauches. Langue chargée d'un enduit épais, bouche mauvaise. (Tartre stibié, 0,10, dans eau, 500, à prendre en quatre fois, de quart d'heure en quart d'heure.)

(1) Hildenbrand; *Ratio medendi*, pars 2a, p. 27.

(2) Rigal; *Journ. des Conn. méd.-chir.*, t. VIII, p. 99, art. 81.

(3) Tanquerel des Planches; *Journ. de Méd.* de Beau, 1844, p. 257.

Vomissements copieux; le soir, fièvre plus forte. 26 et 27, moins de fréquence du pouls, sensibilité des yeux. (Tisane de chiendent nitrée.) 28, érysipèle parvenu jusqu'aux doigts; 30, pieds tuméfiés.

1er octobre. Engorgement des jambes, peu de fièvre.

7. Desquamation aux parties primitivement atteintes; 9, fièvre, douleur à l'épigastre. (Huit sangsues sur cette région, petit lait). 14, érysipèle au pied droit et à la partie inférieure de la jambe, fièvre.

20. Accès fébrile très-prononcé; 21, éruption de vésicules sur la face et sur les avant-bras; 24, douleur au pharynx. Le soir, palpitations de cœur, céphalalgie intense; l'érysipèle continue.

26. Convulsions épileptiformes, qui ne se répètent pas; 28, douleur très-vive du pharynx, qui présente une légère rougeur; 29, les vésicules se sont développées, mais ne sont point ombiliquées, gonflement des mains; 30, commencement de dessiccation des vésicules.

6 novembre. Rougeur érysipélateuse de la jambe gauche gagnant rapidement la cuisse; fièvre forte; 10, formation d'un abcès au genou gauche; 11, érysipèle à la jambe droite, fièvre; 18, résolution de l'érysipèle précédemment indiqué; 22, formation d'un abcès sur la face dorsale du pied droit, toux, fièvre; 25, ouverture de l'abcès donnant issue à une grande quantité de pus brunâtre.

1er décembre. Toux, oppression, fièvre, retard des règles. (Douze sangsues à l'anus, infusion pectorale, looch calmant.) 5, persistance de la toux. (Vésicatoire au bras.) 7, apparition d'un nouvel érysipèle à la jambe droite, fièvre; 9, large plaque érysipélateuse à la jambe et à la cuisse gauches; 10, vives douleurs dans les deux membres inférieurs. (Extrait d'aconit napel, 0,20; extrait thébaïque, 0,05; divisez en six pilules, pour en administrer une toutes les trois ou quatre heures.)

11 décembre. Douleurs moins vives; quelques vomissements de matières jaunâtres et mêlées d'un peu de sang. (Eau de gomme.)

12. Apparition d'un érysipèle au bras et à l'avant-bras droits; 13, extension de l'érysipèle à la main. (Onctions mercurielles.) 14, érysipèle sur l'avant-bras gauche; 15, envahissement de la main gauche; 20, l'érysipèle a totalement abandonné les membres supérieurs; la suppuration continue au pied droit, où sont ouverts plusieurs abcès. Persistance de la toux, de la fièvre. (Tisane de douce-amère avec du lait; potion avec extrait thébaïque, 0,04.)

3 janvier. Toux fréquente, expectoration nulle, vives douleurs à l'épigastre. (Six sangsues sur cette région, vésicatoire entre les épaules.) 8, l'abcès du genou n'est pas cicatrisé. (On y passe le nitrate d'argent.)

16. Nouvel érysipèle au bras gauche.

17. Dans la soirée, sentiment de suffocation; perte de la parole, mais conservation de l'intellect; fièvre. (Saignée du bras; caillot mou,

recouvert d'une couenne fort épaisse; sérum abondant. (Application de sinapismes aux membres inférieurs.) 18, rougeur érysipélateuse au cou, du côté droit; 19, l'érysipèle gagne l'avant-bras. Pouls plein, fréquent, peau chaude. (Nouvelle saignée de 240 grammes.) 20, l'érysipèle envahit le dos de la main; 21, il se manifeste à la face; 23, gonflement œdémateux de l'avant-bras et de la main du côté droit; 30, sueur copieuse.

2 février. Toux persistante et sèche, thorax douloureux, nul signe donné par la percussion et l'auscultation. (Potion avec cyanure de potassium, 0,01.) 10, tuméfaction considérable de la fesse droite; 12, fluctuation évidente; abcès, dont l'ouverture fait sortir une très-grande quantité de pus.

24. Les abcès suppurent encore abondamment; mais au bout d'un mois ils se tarissent, et la guérison a lieu. La malade quitte l'hôpital pour aller dans son pays. Elle est revenue à Bordeaux dans le mois de juillet suivant, jouissant d'une très-bonne santé; seulement, les pieds et le bas des jambes étaient demeurés un peu gonflés.

L'*érysipèle général* est une maladie grave. Les parties sur lesquelles le corps s'appuie deviennent douloureuses et souvent se gangrènent. De la Motte a vu un érysipèle répandu sur une large surface et offrant des traces de mortification, produire une odeur insupportable. Cependant l'issue fut heureuse [1].

Lorry vit, en 1777, un grand nombre d'érysipèles accompagnés de symptômes inflammatoires et d'irritation gastro-intestinale, surtout chez les individus jeunes; l'exanthème se manifestait d'abord par des taches rouges, lesquelles s'étendaient rapidement à toute la surface du corps. Le tissu cellulaire de la face était très-tuméfié; il survenait des phlyctènes, quelquefois la mort arrivait brusquement par la gangrène de la peau. Quand les accidents étaient moindres, la maladie ne se terminait que du quatorzième au vingt-unième jour [2].

On a vu un érysipèle général chez une femme récemment accouchée; la maladie fut grave mais non mortelle [3].

[1] *Traité de Chirurgie*, t. I, p. 418, Obs. 108.
[2] *Mém. de la Soc. royale de Méd.*, t. II, Mémoires, p. 7.
[3] Mercier; *Journ. général* de Sédillot, t. XXXIV, p. 266.

L'érysipèle, quoique général, ne présente pas la même intensité dans toutes les régions qu'il occupe. Il suit une sorte de progression; ainsi, la rougeur et le gonflement ne se montrent pas au même degré partout; il se forme des bulles sur quelques parties et non ailleurs; la desquamation ne commence pas non plus le même jour dans tous les points.

e. — **Variétés relatives aux âges.** — I. *Érysipèle des nouveaux nés.* — Cette variété se distingue non-seulement par l'âge des sujets, mais aussi par sa marche et par son extrême gravité.

Cette maladie a été observée depuis longtemps. Elle le fut sur sa propre fille, âgée de deux semaines, par Burgius [1]; l'exanthème parcourut presque toutes les régions.

Hoffmann ne consacra que trois lignes à cette affection, mais elles furent écrites d'après nature. Elles indiquent que cet érysipèle commence souvent par l'ombilic; que, de là, il se répand sur les diverses régions de l'abdomen, et que sa terminaison est ordinairement funeste [2].

Robert Bromfield donna, en 1785, l'observation d'un garçon né avec un gonflement général et une rougeur vive de toute la surface du corps, principalement du côté gauche. Il se forma sur le pied des eschares qui se détachèrent, et l'enfant guérit [3].

Ce genre d'affection, encore peu connu, fixa l'attention de Maxwell Garthshore, qui l'observa dans une maison d'accouchements, et en traça une histoire digne d'être consultée [4].

Underwood a mentionné cette affection sous le nom d'*éruptions inflammatoires anomales*. Il l'a considérée comme propre aux hôpitaux de femmes en couches [5].

Thomas Walshman lisait, en 1794, devant la Société médicale de Londres, un Mémoire sur l'érysipèle des nouveaux

(1) *Miscell. cur. sive ephem. med. phys. nat. cur.*, dec. II, ann. III, Obs. 171, p. 334.
(2) *Opera* : *De febre erysipelacea*, t. II, p. 99, cap. XIII, § V.
(3) *Medical communications*, t. II, p. 22.
(4) *Ibid.*, t. II, p. 28.
(5) *Maladies des enfants*, trad. franç., 1786, p. 48.

nés. Il y rapportait deux observations extrêmement détaillées ([1]).

Bang a vu la même maladie, qu'il a nommée *erysipelas neophytorum,* non-seulement à l'hôpital, mais aussi dans la pratique civile ([2]).

Osiander, professeur à Goettingue, a donné sur ce sujet les résultats de ses observations ([3]).

Dans une monographie, Schmidt ([4]) a cherché à distinguer l'érysipèle des nouveaux nés de l'endurcissement du tissu cellulaire et du tétanos, maladies assez communes au même âge. La confusion avec la dernière de ces affections n'est guère probable ; mais elle est plus facile entre l'érysipèle et le sclérème aigu, et même il me paraît que l'auteur ne l'a pas complétement évitée.

Les médecins français avaient peu étudié, ou du moins avaient peu mentionné dans leurs écrits l'érysipèle des très-jeunes enfants. Fauchier de Lorgues en avait cependant rapporté trois exemples ([5]); mais ce fut Dugès qui, dans sa thèse ([6]), donna des notions positives sur cette maladie; et plus tard, M. le professeur Trousseau a recueilli des faits qui en ont éclairé l'histoire ([7]).

Des observations intéressantes ont encore été publiées par MM. Schwebel, élève de M. Stoltz ([8]), Monneret ([9]), Yvaren ([10]), Dubois, de Neufchatel ([11]), Elsaesser, de Stuttgard ([12]), etc.

([1]) *Description of a particular species of erysipelas.* (*Memoirs of the Med. Soc. of London*, t. V, p. 182)

([2]) *Observationes circa morbos infantiles, etc.* (*Acta regiæ Soc. med. Hauniensis*, t. V, p. 261.)

([3]) Inséré dans *Med. and Phys. Journ.*, t. V, p. 511.

([4]) *De erysipelate neonatorum.* Lipsiæ, 1821.

([5]) *Journ. général* de Sédillot, t. XXI, p. 365.

([6]) *Recherches sur les maladies les plus importantes et les moins connues des enfants nouveau-nés*, 1821, n° 64, p. 19.

([7]) *Journ. de Méd.* de Beau, 1844, p. 1. — *Gaz. des Hôpit.*, 1848, p. 5.

([8]) Thèses de Strasbourg, 1835.

([9]) *Gaz. des Hôpit.*, 1844, p. 65.

([10]) *Revue méd.-chir.*, t. III, p. 129.

([11]) *Gaz. méd.*, 1848, p. 69.

([12]) *Archives*, 5e série, t. I, p. 543.

Quelques détails sont consignés dans diverses dissertations [1]. Les ouvrages sur les maladies des enfants, par Billard, Valleix, MM. Richard de Nancy, Rilliet et Barthez, Bouchut, ont ajouté quelques traits à l'histoire de la maladie. Un excellent travail a été publié sur ce sujet par M. Hervieux [2].

L'érysipèle des nouveaux nés s'est montré quelquefois à la naissance même (Bromfield), plus souvent du deuxième au sixième jour, généralement dans le premier mois (Underwood, Schmidt, Monneret), quelquefois après cinq semaines (Fauchier, Dubois), rarement plus tard; cependant, le deuxième malade de Walshman avait quatre mois. M. Trousseau a vu l'érysipèle chez des enfants de quatre, cinq et dix mois. Je l'ai observé chez une petite fille de cinq mois. Le plus jeune des enfants observés par M. Hervieux avait quatre jours, et le plus âgé quatorze mois; 22 sur 30 avaient moins de six semaines.

L'inflammation de l'ombilic chez les nouveaux nés a été connue d'Hippocrate [3], de Mauriceau [4] et de la plupart des accoucheurs. C'est par là que commence souvent l'érysipèle. On admet que les tiraillements exercés sur le cordon, la section, le froissement des vêtements, peuvent amener l'inflammation et la suppuration du tissu qui l'entoure et la propagation de l'irritation aux parties voisines. En 1856, pendant les mois de mai et de juin, et dans les mois de décembre et de janvier suivants, cette maladie régna épidémiquement à la Charité de Lyon. M. Meynet [5], interne, compta dans la première période 53 cas, sur lesquels 36 morts, et dans la seconde 36, dont 8 suivis de décès. Cet érysipèle survenait du premier au cinquième jour, avant ou après la chute du cordon. Un cercle rouge, tuméfié, induré, ulcéré, entourait l'om-

[1] Thèses de Paris, Beltremieux, 1842, n° 200. — Grenat, 1843, n° 122. — Meynet, 1857, n° 156.

[2] *Gaz. méd.*, 1856, p. 123.

[3] Aph. 24, liv. III.

[4] *Maladies des femmes grosses et accouchées*, p. 495.

[5] *Épidémie d'érysipèle et d'ulcération de l'ombilic chez les nouveaux nés.* (Thèses de la Faculté de Paris, 1857, n° 156.)

bilic. Une matière sanieuse en découlait. La surface ulcérée se couvrait d'une couche pultacée blanc-grisâtre.

L'érysipèle commence d'autres fois par les parties sexuelles ou les environs de l'anus; c'est par là qu'il a débuté dans cinq cas observés par M. Stoltz (1). Selon M. Trousseau, l'urine des enfants, en séjournant contre les bourses, la vulve, la partie interne des cuisses, peut occasionner cette phlegmasie. Cependant, l'excitation qui résulte du séjour de l'urine ne doit pas être moins active longtemps après la naissance que dans les premiers jours.

L'érysipèle peut naître par tout autre point de la périphérie du nouveau-né. Il peut attaquer la face, rarement d'après Dugès, assez souvent d'après M. Hervieux.

On a vu le refroidissement de la peau, ayant produit une phlegmasie furonculeuse, amener ensuite un érysipèle presque général (Schmidt).

Chez le premier malade de Walshman, l'éruption commença par des pustules situées au cou; l'inflammation érysipélateuse s'étendit au thorax, puis aux membres, et l'enfant succomba.

Le professeur Martin d'Iéna croit que le vaccin provenant d'un enfant scrofuleux ou dartreux peut faire naître cet érysipèle (2). Cette opinion n'est nullement admissible. La vaccination, comme toute autre cause d'excitation, peut provoquer le développement de l'érysipèle, et même devenir cause de mort, quel que soit l'âge. Un enfant de sept ans est vacciné; un érysipèle s'étend des bras aux diverses parties du corps. Après l'érysipèle arrive un anasarque, et l'enfant meurt (3).

Ces funestes effets arrivent surtout chez les enfants mal constitués, et dans les hospices où règne la péritonite puerpérale. M. Trousseau a insisté avec raison sur cette dernière circonstance, qui donne une preuve de plus de la corrélation

(1) Schwebel, p. 8.
(2) *Gaz. méd.*, t. XI, p. 679.
(3) Clutterbuck; *Med. and Phys. Journ.*, t. VI, p. 131. — Voyez un autre exemple d'érysipèle après vaccine, dans *Gaz. des Hôpit.*, 1854, p. 213.

existant entre ces maladies. Osiander assurait aussi que les érysipèles étaient communs chez les enfants dont les mères étaient elles-mêmes atteintes d'affections bilieuses et rhumatismales.

Tout agent irritant peut donner lieu à l'érysipèle de la peau, si fine et si tendre dans la première enfance. Des frictions répétées avec le baume opodeldoch chez un très-jeune sujet atteint d'œdème, firent éclater un érysipèle qui devint mortel en deux jours (Valleix).

La petite fille âgée de cinq mois dont j'ai parlé, était grasse et bien portante, lorsqu'elle fut atteinte de pneumonie. L'application réitérée des sangsues, le tartre stibié, un vésicatoire à une jambe, avaient dissipé rapidement les symptômes. Sa convalescence était établie, lorsqu'on s'aperçut que la jambe droite, où le vésicatoire avait été posé, était devenue rouge, tuméfiée, dure. Cet érysipèle envahit tout le membre, la région inguinale et la fesse. Des symptômes nerveux se manifestent, des phlyctènes se forment à la partie interne de la cuisse. Un chirurgien est appelé ; il croit à une collection purulente. Des incisions profondes sont pratiquées ; c'est en vain ; on s'aperçoit que les tissus sous-cutanés sont frappés de gangrène. L'enfant succombe le lendemain de l'invasion de l'érysipèle.

Le sclérème aigu et l'érysipèle des nouveaux nés coïncident assez souvent. M. Elsaesser a vu six à huit fois cette coïncidence ([1]) sur 30 sujets atteints d'érysipèle ([2]).

Dans d'autres cas, M. Hervieux a vu des affections intestinales diverses, des bronchites, et une fois la rougeole précéder l'érysipèle infantile.

Cet observateur a cru remarquer un certain rapport entre les lésions intérieures et le siége de la phlegmasie cutanée. Ainsi, celle-ci occupait l'abdomen, le côté du thorax ou la face, dans des cas où coexistaient une péritonite, une pleurésie, une stomatite.

([1]) *Archives*, 5e série, t. I, p. 546.
([2]) *Gaz. méd.*, 1856, p. 124.

On a admis la transmissibilité de cet érysipèle par contagion. Dans l'un des faits rapportés par M. Schwebel, le nouveau-né fut atteint après sa mère, qui avait un érysipèle gangréneux ([1]).

La rougeur des téguments, dans l'érysipèle des jeunes enfants, est ordinairement très-foncée ou livide. La pression du doigt diminue ou fait disparaître cette teinte. La tuméfaction est variable, accompagnée de tension, de rénitence, et de plus, d'une dureté et d'une sensation de froid spéciale lorsqu'il y a coïncidence de sclérème, d'une mollesse très-caractéristique quand il y a œdème. La surface de l'érysipèle présente parfois des bulles contenant un fluide séreux ou séro-sanguinolent.

L'enfant est agité, sa face est pâle (Trousseau); il a de la fièvre, quelquefois des vomissements ou de la diarrhée. Il survient des convulsions vers la fin. L'amaigrissement est rapide.

La marche de cette maladie est ordinairement prompte. Sa durée la plus commune est de trois à huit jours. Il peut se prolonger pendant deux semaines ou excéder cette période, s'il est ambulant, comme dans le cas cité par M. Yvaren.

L'érysipèle des nouveaux nés peut être compliqué d'ictère (Bang), de gastrite (Walshman), de gastro-entérite, d'entérite, de péritonite, de pleuro-pneumonie (Beltremieux, p. 7).

Il peut se terminer par résolution, par induration du tissu cellulaire (Trousseau), par des collections purulentes (Martin d'Iéna, Dugès, Trousseau, Elsaesser, etc.), et souvent par la gangrène (Bromfield, Garthshore, Bang, Dubois, Elsaesser ([2]), etc.). Quand la gangrène s'empare du scrotum, la peau du pénis se tuméfie et devient comme emphysémateuse (Underwood). La terminaison de l'érysipèle des nouveaux nés est le plus ordinairement funeste.

II. *Érysipèle des vieillards.* — Les vieillards sont quelque-

([1]) 3e Obs., p. 39.

([2]) Cet observateur a vu dans un cas l'enfant guérir quoique l'érysipèle se soit terminé par la gangrène. (*Archives*, 3e série, t. I, p. 550.)

fois atteints d'érysipèle de la face, mais ils sont plus souvent affectés de celui des membres inférieurs. C'est surtout quand ceux-ci sont œdémateux, engorgés, ou le siége soit d'un exutoire, soit d'un eczéma, soit d'un ulcère. Il amène l'épaississement du derme. Il peut aussi se prolonger fort longtemps en passant à l'état d'érythème chronique. Il est parfois suivi d'ecchymoses et de taches comme scorbutiques, par suite d'une lésion grave des vaisseaux sanguins et spécialement des veines des membres inférieurs (1).

K. — *Anatomie pathologique de l'érysipèle.*

Les parties qui pendant la vie étaient frappées d'érysipèle, et qui offraient une rougeur plus ou moins vive, se montrent décolorées après la mort. Dans quelques cas cependant, quand l'injection des vaisseaux a été très-grande, une teinte violacée, livide, persiste sur quelques points. Parfois l'épiderme est détaché sur les surfaces où s'élevaient des bulles.

Le derme est devenu un peu épais (2) et friable; quelquefois il existe des points de suppuration dans son propre tissu (3).

Le tissu cellulaire est ordinairement ferme, épais et infiltré d'un fluide séro-sanguinolent. Il peut contenir du pus disséminé ou réuni en un ou plusieurs foyers. Dans l'érysipèle de la face, les paupières présentent souvent ce genre d'altération.

Les vaisseaux prennent une part plus ou moins grande au désordre local. Les veines ont été trouvées enflammées par Ribes (4) et par M. Rayer quand l'érysipèle était phlegmoneux (5). J'ai reconnu l'engorgement, l'injection des veines des tissus affectés d'érysipèle; mais je n'ai pu constater les caractères de la phlébite.

Dans l'érysipèle des nouveaux nés, lorsque le point de dé-

(1) Durand-Fardel; *Maladies des vieillards*, p. 863.
(2) Louis; *Lancette française*, 1833, t. VII, p. 215.
(3) Lepelletier, p. 37.
(4) *Mém. de la Soc. méd. d'Émulation*, t. VIII, p. 622.
(5) T. I, p 156.

part de l'inflammation était à l'ombilic, on a trouvé le péritoine enflammé localement ou dans une certaine étendue. M. Trousseau a trouvé du pus dans le tissu cellulaire sous-cutané (1). M. Elsaesser a rencontré un foyer purulent entre le péritoine et les muscles (2). Il y avait dans la veine et dans les artères ombilicales du pus, ainsi que des caillots fibrineux (3).

Les parties placées au voisinage du siége de l'érysipèle offrent des altérations plus ou moins marquées.

J'ai vu, après l'érysipèle de la face et du cuir chevelu, le péricrâne se détacher des os avec une très-grande facilité, comme si la pièce eût été soumise à une longue macération.

Dans un cas, le sinus longitudinal était rempli de caillots épais.

On a vu les vaisseaux cérébraux injectés, l'arachnoïde souvent opaque (4), quelquefois un peu rouge, la pie-mère presque toujours infiltrée (5), et les ventricules assez fréquemment remplis de sérosité (6).

Dans deux cas d'érysipèle ayant envahi toute la partie antérieure du cou et du thorax, j'ai trouvé dans le médiastin antérieur une matière séro-sanguinolente infiltrée ; chez l'un des sujets, le tissu cellulaire de cette partie était en même temps ramolli ; chez l'autre, le fluide avait un aspect gélatiniforme ; il était rougeâtre.

Chez un malade qui avait eu un érysipèle des parois thoraciques, on a rencontré, vis-à-vis les points qui avaient été les plus affectés, le tissu cellulaire dense, très-injecté, les muscles d'un rouge foncé, la plèvre enflammée et recouverte de fausses membranes épaisses (7).

(1) *Gaz. des Hôpit.*, 1848, p. 5.

(2) *Archives*, 5e série, t. I, p. 544.

(3) Meynet, p. 14.

(4) Et épaissie. (Bright ; *Reports of Medical cases*, t. II, p. 95.)

(5) Fr. Hildenbrand a vu l'infiltration gélatiniforme des méninges. (*Annales scholæ Ticin.*, pars Ia, p. 991.) — M. Brière de Boismont l'a également observée. (*Revue méd.*, 1847, t. II, p. 440.)

(6) Fr. Hildenbrand y a vu 500 grammes de sérosité. (*Loc. cit.*) — J'ai trouvé dans un cas 75 grammes de sérosité ; dans un autre, 100.

(7) Terrion ; Thèses de Paris, 1807, no 84, 1re Obs., p. 6.

J'ai vu les poumons comme splénifiés, infiltrés d'un fluide spumeux, séro-sanguinolent, chez un individu dont l'érysipèle avait eu pour point de départ un vésicatoire appliqué entre les épaules.

Les voies digestives ont présenté des lésions plus ou moins importantes, qui, pendant la vie, n'avaient pas été soupçonnées. Ainsi, M. Louis a vu une rougeur prononcée et le ramollissement d'une partie de la muqueuse de l'estomac et de l'intestin chez une femme qui avait été purgée à plusieurs reprises et qui avait pris des aliments ([1]).

L. — *Physiologie pathologique de l'érysipèle.*

L'érysipèle simple et surtout l'érysipèle phlegmoneux portent les caractères d'une véritable inflammation. Indépendamment des phénomènes locaux propres à cet ordre d'affection, on constate l'augmentation très-fréquente de la fibrine, et souvent la formation du pus.

Mais cette inflammation a un cachet particulier. La rougeur est souvent peu vive, rosée ou violacée. La chaleur varie. Cette tendance à la diffusion, à la pérégrination, offre un trait remarquable qui n'appartient pas aux inflammations ordinaires.

On a donc été conduit à considérer l'érysipèle comme un exanthème d'une nature spéciale, et on a essayé d'en trouver la véritable origine dans des lésions voisines et pour ainsi dire collatérales.

C'est ainsi que les uns ont pensé que l'érysipèle n'était que l'expression d'une phlébite ramusculaire ou capillaire; d'autres n'y ont vu qu'une lésion du système lymphatique.

Les premiers ont montré les petites veines injectées, remplies de caillots, quelquefois même des troncs voisins plus ou moins rouges et oblitérés; mais ce ne sont que des coïncidences fortuites. Il n'y a pas de parité entre les phénomènes de l'érysipèle et les effets locaux de la phlébite.

([1]) *Gaz. des Hôpit.*, 1846, p. 550.

Les seconds ont fait remarquer que dans l'érysipèle, surtout par cause traumatique, on voit quelquefois des lignes et traînées rougeâtres qui semblent suivre le trajet des lymphatiques et en démontrer l'état phlegmasique. Ils ont fait observer que l'érysipèle spontané est souvent précédé et accompagné de la tuméfaction des ganglions lymphatiques du voisinage.

Cette doctrine, qui a été soutenue avec talent par Blandin [1], l'a conduit à adopter un traitement particulier. Aussi n'a-t-elle pas été pour ce professeur un simple objet de théorie.

Mais la tuméfaction des ganglions lymphatiques n'est pas une coïncidence constante. Elle ne précède pas toujours l'érysipèle. Il faudrait donc admettre des érysipèles dépendants et indépendants de cette lésion. Quant aux traces d'une angioleucite, elles sont fort rares dans l'érysipèle ordinaire. Or, une théorie est vicieuse lorsqu'elle n'est pas l'expression du plus grand nombre des faits.

Dans l'érysipèle, il y a évidemment : 1° injection plus ou moins active des capillaires sanguins du réseau muqueux; 2° congestion dans le tissu cellulaire sous-cutané de fluides séreux, jaunâtres et sanguinolents, comme l'ont prouvé les incisions faites pendant la vie [2]. C'est cette fluxion qui produit la tuméfaction et la tension circonscrites de la partie affectée, et en même temps l'engorgement des organes voisins. Dans sa sphère sont compris non-seulement des veines, des vaisseaux et ganglions lymphatiques, mais encore des organes plus profondément situés, des muscles, du tissu cellulaire, des membranes séreuses et les viscères qu'elles recouvrent, ainsi que l'anatomie pathologique vient de le révéler.

L'état de congestion du tissu cellulaire et de la peau permet de concevoir les déplacements successifs et souvent rapides que l'érysipèle présente pendant sa durée. Aussi lorsqu'à la congestion succède une inflammation réelle, comme dans l'érysipèle phlegmoneux, cette tendance aux grands déplacements cesse-t-elle immédiatement.

(1) *Gaz. des Hôpit.*, 1841, p. 393.
(2) Lawrence, p. 14.

Rappelons en outre que l'érysipèle a des prodromes; qu'il a une marche déterminée; que s'il reconnaît des causes occasionnelles, extérieures, son développement est subordonné à des influences générales et souvent épidémiques; enfin qu'il a des liaisons étroites avec d'autres affections fort analogues par leur génie étiologique; l'érysipèle n'est donc pas une maladie purement extérieure, bornée aux points de la surface où elle apparaît.

Cet état morbide est l'expression d'une modification générale de l'organisme, qui le rapproche des autres exanthèmes.

Les médecins anglais et américains ont cru reconnaître une sorte d'empoisonnement. C'est aller trop loin. L'admission d'un miasme, d'un agent toxique spécial, introduit dans le sang, n'est qu'une hypothèse. Mais on ne peut se refuser à voir dans la production de l'érysipèle une influence intérieure, une modification constitutionnelle.

Quelle est la nature de cette influence; à quelle source diathésique se rattache-t-elle; dans quel rapport se trouve-t-elle avec l'état général des forces organiques?

La solution de ces questions serait très-intéressante, et de plus, très-propre à éclairer les applications pratiques; mais elle offre de grandes difficultés.

Si l'on consulte les auteurs, on rencontre les opinions les plus diverses. Ceux-ci voient dans l'érysipèle une maladie essentiellement inflammatoire; ceux-là une affection radicalement adynamique; d'autres y reconnaissent une ataxie des plus évidentes; de là des traitements divers et même opposés. Tous s'appuient sur des succès obtenus, parce que effectivement l'érysipèle peut se lier à des états généraux très-différents. C'est en faisant à l'étude de cette maladie l'application des données fondamentales que j'ai présentées sur le dynamisme des maladies [1], qu'on pourra établir les bases d'indications rationnelles, et se rendre raison des résultats heureux de traitements variés et opposés.

[1] T. II, p. 118.

Toutefois, si quelques-uns des traits saillants de ces différences essentielles peuvent être recueillis par une observation attentive, la source même de ces différences, le principe des modifications organiques et les éléments morbides initiaux qu'elles fournissent, demeurent fort obscurs, comme ceux de la plupart des maladies qui tiennent à des causes générales spécifiques.

III. — *Diagnostic de l'érysipèle.*

La rougeur cédant à la pression du doigt et la tuméfaction limitées par une sorte de rebord, la chaleur et la sensibilité spéciales des parties affectées, l'extension successive de la phlegmasie, distinguent parfaitement l'érysipèle dès le premier coup-d'œil.

L'érythème en diffère par le défaut de ligne distincte de démarcation, par la fixité de l'inflammation, par l'absence des prodromes et des symptômes généraux.

L'angioleucite se distingue par les lignes ou traînées rougeâtres qui suivent le trajet des vaisseaux blancs, par l'engorgement des ganglions lymphatiques, et, comme l'a remarqué M. Velpeau [1], par des plaques phlegmoneuses disséminées.

Le zona a été confondu avec l'érysipèle, et j'ai rapporté un exemple qui indique une certaine ressemblance. Les détails antérieurement présentés sur cette affection rendent les différences très-tranchées.

IV. — *Pronostic de l'érysipèle.*

L'érysipèle offre des degrés très-différents de gravité. Tantôt c'est une maladie légère qui n'oblige qu'à des précautions hygiéniques, et qui se termine heureusement après une assez courte période de temps ; tantôt c'est une maladie sérieuse qui compromet la vie. Le danger ne provient pas de la phlegmasie de la peau, qui souvent est peu intense, mais des rap-

(1) *Gaz. des Hôpit.*, 1847, p. 531.

ports de cette lésion extérieure avec des dispositions constitutionnelles ou des états morbides intérieurs dont elle est la signification ou la coïncidence.

M. Gregory dit qu'il est mort d'érysipèle, à Londres, 105 individus en 1838, 301 en 1839, 311 en 1840, 251 en 1841, 235 en 1842 (1). Il est présumable que ces chiffres sont restés au-dessous de la réalité. M. Williams assure que dans certains temps la mortalité est d'un sur trois malades, et d'autres fois d'un sur dix (2).

C'est durant les *épidémies* que l'érysipèle offre le plus de danger.

L'érysipèle *traumatique* peut offrir une certaine gravité lorsqu'il affecte le cuir chevelu.

En général, celui de la tête est plus fâcheux que celui du tronc ou des membres. Il est fort dangereux, si la tuméfaction de la face est considérable, si la gorge est en même temps affectée, si l'inflammation pénètre dans l'oreille moyenne ou dans l'oreille interne (3), et si les méninges et l'encéphale prennent part à la phlegmasie (4).

Le *sexe* n'est pas sans influence sur le prognostic. Nous avons vu que les femmes sont un peu plus souvent atteintes d'érysipèle que les hommes, mais chez ces derniers la maladie est plus sérieuse et plus souvent mortelle. M. Gregory, qui a été frappé de cette différence, l'attribue à ce que les hommes sont plus sujets aux excitations cérébrales, qu'ils se livrent plus fréquemment aux excès, aux écarts de régime (5). Cependant, les relevés statistiques de l'Angleterre et des États-Unis n'établissent pas cette différence. Dans toute l'Angleterre, il mourut d'érysipèles, en 1836, 605 hommes, 598 femmes; en 1839, 550 hommes et 590 femmes; en 1840, 450 hommes et 456 femmes.

(1) P. 296.
(2) P. 274.
(3) J'ai vu deux cas de ce genre : la mort fut rapide.
(4) Schroeder, p. 206.
(5) P. 297.

A Philadelphie, de 1837 à 1845, il y eut à peu près égalité pour les deux sexes.

A New-York, sur 420 décès, il y en eut 200 parmi les hommes et 220 parmi les femmes ([1]).

Mais ces chiffres n'indiquent que les décès, et ils ne mentionnent pas le nombre des individus atteints; or, ce dernier peut seul, par son rapprochement avec les premiers, donner une idée de la valeur de ceux-ci.

A l'hôpital Saint-André, sur 164 cas observés, il y a eu 15 décès, c'est-à-dire près d'un onzième. Mais le nombre des femmes soignées pour érysipèles a été de 85, et celui des hommes de 79. Or, les 15 décès se divisent ainsi : 11 parmi les hommes, 4 parmi les femmes. La mortalité a donc été d'un septième pour les premiers et d'un vingt-unième pour les dernières.

En 1851, il y eut en ville un assez grand nombre d'érysipèles graves et même mortels. Mes souvenirs sont trop récents pour me laisser des doutes sur l'extrême différence des deux sexes, relativement à la mortalité, qui l'emporta de beaucoup parmi les hommes.

Le prognostic varie selon les *âges* : l'érysipèle de la première enfance est toujours une maladie formidable et le plus souvent mortelle. Bang a vu mourir six enfants sur dix qui en étaient affectés. Ceux qu'elle épargna avaient des érysipèles très-circonscrits ou ambulants. Dugès établit que l'érysipèle des nouveaux nés est toujours très-dangereux et qu'il fait périr le deuxième ou le troisième jour. D'après les observations de M. Trousseau, cette maladie serait presque constamment mortelle. Il n'a vu en neuf ans que trois guérisons chez des enfants âgés de trois mois, de cinq mois et d'un an ([2]).

L'érysipèle a moins de gravité chez les vieillards que chez les enfants, mais il en a plus que chez les adultes.

Sur les 562 personnes qui moururent d'érysipèles à Lon-

([1]) Schroeder, p. 227.
([2]) *Gaz. des Hôpit.*, 1848, p. 5.

dres, en 1841 et 1842, 172 avaient moins de dix-sept ans, 265 étaient adultes et 125 avaient passé soixante ans ([1]).

Les statistiques des États-Unis donnent encore des résultats qu'il est bon de mentionner :

A New-York, de 1837 à 1844, les 420 décès par suite d'érysipèle étaient fournis par 133 enfants âgés de moins d'un an, 83 d'un à vingt ans, 166 de vingt à soixante ans, et 39 de soixante à cent ans.

A Philadelphie, la proportion de ces derniers a été plus considérable. Sur 254 décès, il y en eut 94 chez des enfants de moins d'un an, 39 chez des individus d'un à vingt ans, 79 chez des individus de vingt à soixante, et 42 chez ceux de soixante à cent ans ([2]).

Quelques circonstances, qui méritent d'être mentionnées, influent sur le prognostic.

Le délire précédant l'apparition de l'érysipèle est moins fâcheux que celui qui se déclare pendant son cours.

Les vomissements et la diarrhée qui surviennent alors sont des symptômes de très-mauvais augure ([3]).

L'érysipèle qui apparaît sur des parties engorgées, sur les jambes œdématiées, est toujours assez grave. Il se termine souvent par gangrène ([4]).

La terminaison de l'érysipèle par la gangrène n'est pas toujours mortelle ([5]); néanmoins, cette circonstance rend la maladie très-dangereuse.

L'érysipèle phlegmoneux est aussi fort grave, à cause des suites qu'il entraîne.

L'érysipèle, dont je viens de montrer les conséquences fâcheuses, peut en avoir d'utiles relativement à certains états morbides qu'il est susceptible d'améliorer d'une manière remarquable.

([1]) Gregory, p. 228. — Je donne ces chiffres tels que M. Gregory les expose, bien qu'ils ne s'accordent pas avec ceux déjà rapportés.

([2]) *Ibidem.*

([3]) Williams, p. 274.

([4]) *Ibid.*, p. 275.

([5]) Landeutte; *Ancien Journ.*, t. XXVII, p. 121. — Williams, p. 498.

Il paraît avoir fourni des crises salutaires dans quelques affections catarrhales persistantes ([1]), dans la dysenterie. On l'a vu produire la cessation des accidents de la gastralgie ([2]). Développé autour d'un séton, et ayant complété la révulsion opérée par cet exutoire, il a hâté la résorption d'un épanchement pleural ([3]).

Enfin, l'érysipèle peut modifier avantageusement le tissu de la peau dans certaines dermatoses chroniques, et en obtenir la guérison. C'est ce qu'on dit avoir vu à l'égard du psoriasis, du lupus et même de l'éléphantiasis des Arabes ([4]).

O. — *Thérapie de l'érysipèle.*

a. — Moyens hygiéniques. — Les règles relatives au régime des maladies aiguës doivent être appliquées au traitement de l'érysipèle. Il faut éviter de recouvrir avec des enveloppes chaudes les parties affectées, lesquelles seront tenues dans une situation autant que possible élevée.

On administre des boissons délayantes. On facilite les évacuations alvines par le moyen des lavements.

On fait observer le repos et on évite toute friction, toute pression sur les points enflammés.

On ne reprend l'usage des aliments que par degrés. Lawrence a vu l'oubli de cette recommandation être suivi de rechute ([5]).

Quant aux enfants nouveau-nés atteints d'érysipèle, on les laisse au sein de leur nourrice ([6]).

Dans les coïncidences d'états adynamique et ataxique, le régime ne peut être très-sévère; le bouillon doit être donné en quantité suffisante.

([1]) Hillary; *Obs. on the diseases of Barbadoes*, p. 78, 112.
([2]) *Bullet. de Thérap.*, t. XXXV, p. 557.
([3]) Miquel; *Ibid.*, t. IV, p. 370.
([4]) Sabatier d'Orléans; *Érysipèle considéré comme moyen curatif dans les affections cutanées chroniques*. (Thèses, 1831, n° 209, p. 17.)
([5]) *Nat. and treatm. of erysipelas*, p. 59.
([6]) Hervieux, p. 159.

La bière étendue d'eau peut servir de boisson ordinaire. Elle a été préconisée par Ström ([1]).

b. — Émissions sanguines. — Sydenham, Valisnieri ([2]), Cullen, Richter, Vogel, J.-P. Frank, Jos. Frank, ont eu recours aux émissions sanguines plus ou moins copieuses. La pratique de Corvisart, de Leroux ([3]), de Dupuytren, de M. Rayer ([4]), de M. Rostan ([5]), et de beaucoup d'autres observateurs, témoigne de leur utilité.

En Angleterre, Duncan ([6]), Maclean ([7]), et surtout M. Lawrence ([8]), ont employé la saignée avec des succès évidents. Ce dernier praticien a insisté sur l'utilité des antiphlogistiques, utilité reconnue par divers médecins américains dans le cours d'épidémies plus ou moins graves ([9]).

Cette opinion sur les émissions sanguines est loin de réunir tous les suffrages. Willan avait restreint de beaucoup l'usage de la saignée. Williams, après avoir reconnu que l'érysipèle porte bien certainement le cachet d'une maladie inflammatoire, demande s'il doit, par ce motif, être traité comme une véritable phlegmasie. L'expérience, ajoute-t-il, a répondu négativement ([10]).

M. Louis a voulu s'assurer de l'influence que les saignées exercent sur la marche et la durée de l'érysipèle de la face. Sur trente-trois malades, il n'a vu la durée abrégée que de trois-quarts de jour ; d'où il conclut à l'inutilité des émissions sanguines dans cette maladie ([11]).

([1]) *Acta regia Soc. Hauniensis*, t. V, p. 276.

([2]) *Ephem. nat. cur.*, cent. VI, Obs. 6, p. 189.

([3]) *Cours de Médecine pratique*, t. I, p. 207.

([4]) *Maladies de la peau*, t. I, p. 159.

([5]) *Gaz. des Hôpit.*, 1852, p. 157.

([6]) *Edinburgh Med. and Surg. Journ.*, t. XVII, p. 560.

([7]) *Ibid.*, t. XXIV, p. 285.

([8]) *Cases* 1, 2, 3, 4, 7, 8, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, etc. La saignée fut faite à une période avancée chez le sujet de la 8e Obs., et pour un érysipèle erratique du tronc chez celui de la 10e. (*Obs. on the nat. and treat. of erysipelas*, p. 45.)

([9]) Hayward de Boston ; *New-England quarterly Journal*, july 1842. — *American Journ.*, 1842, oct., p. 516. — Bulkley. (Gregory, p. 231.)

([10]) *Elements of medicine*, t. I, p. 275.

([11]) *Archives*, t. XVIII, p. 330.

Ces résultats ont-ils la valeur qu'on a voulu leur donner? Est-il possible de comparer assez exactement entre elles des maladies dont le cours est rendu si variable par leur intensité diverse et par l'effet de nombreuses coïncidences? Comment asseoir d'une manière précise les bases d'une différence de quelques heures sur la durée totale? Qui sait si les individus dont l'érysipèle s'est terminé après sept jours et un quart, ne seraient pas demeurés malades de neuf à quatorze jours s'ils n'eussent pas été saignés?

La saignée m'a paru produire des effets réellement avantageux, non dans le but d'abréger notablement la durée de l'érysipèle, de le *juguler*, selon l'expression de M. Bouillaud [1]; mais afin de diminuer la congestion sangüine qui l'accompagne, sa tendance à la propagation, et à prévenir l'envahissement des organes intérieurs.

Sur les 164 malades de la clinique, j'ai prescrit la saignée 42 fois; une seule fois le malade a succombé. Chez 41, la maladie a été heureusement modifiée. On voudra bien m'accorder que je n'ai pas abusé de ce moyen. Lorsque je l'ai prescrit, il était rigoureusement indiqué.

Les indications de la saignée sont fournies par la plénitude, la dureté, la fréquence du pouls, l'intensité de la chaleur, de la tuméfaction, de la céphalalgie, etc.

On emploie ordinairement la saignée du bras. Celle du pied peut devenir avantageuse comme plus essentiellement révulsive [2].

Dans les cas moins graves, l'application des sangsues à l'anus a suffi. J'y ai eu recours très-souvent. C'est un excellent moyen, surtout chez les individus sujets au flux hémorrhoïdal et chez les femmes dont la menstruation est irrégulière ou insuffisante.

Les émissions sanguines locales ont été prescrites par quelques médecins. J'en ai vu de mauvais résultats chez un jeune homme atteint d'érysipèle à une jambe; la phlegmasie s'étendit rapidement à tout le membre.

(1) *Essai de philosophie médicale*, p. 416.
(2) Roboam; *Biblioth. méd.*, 1826, t. III, p. 406.

Il est mieux de placer les sangsues à une certaine distance des parties enflammées; Blandin a cru pouvoir rendre cette application très-utile en la dirigeant sur les ganglions lymphatiques en rapport, par les vaisseaux qui les traversent, avec ceux que fournissent les parties enflammées. C'était la conséquence de sa théorie (1).

Dans l'érysipèle de la face et du crâne, les sangsues ont été placées sur les parties latérales du cou, jusqu'aux angles de la mâchoire inférieure. J'ai employé cette méthode quinze à vingt fois, sans un notable avantage. Une manière quelconque de tirer du sang était indiquée dans ces cas. En général, je préfère l'application des sangsues à l'anus, même quand je ne rencontre pas les indications spéciales qui viennent d'être signalées.

En Angleterre, on a voulu éviter la succion, la titillation que les sangsues déterminent, et l'irritation qui en est la conséquence quand on les applique sur les parties enflammées. Pour opérer une émission sanguine locale, on a eu recours aux mouchetures ou incisions très-superficielles (2); mais elles n'ont quelque utilité qu'à la condition d'être multipliées, et alors elles deviennent des causes très-réelles d'excitation. Elles cessent vite de donner du sang, parce que ce fluide ne tarde pas à se coaguler. Elles ne laissent pas de traces, dit Bright; néanmoins, il serait douteux qu'en France les femmes consentissent à se laisser pratiquer des mouchetures sur la face dans l'érysipèle de cette région.

e. — **Évacuants.** — Les évacuants des premières voies ont été employés par un grand nombre de praticiens. Cependant, ils peuvent avoir des inconvénients lorsque le sujet est pléthorique, lorsque l'inflammation est très-prononcée et si les voies digestives sont irritées.

(1) *Gaz. des Hôpit.*, 1841, p. 293; 1845, p. 213. — *Journ. des Connaiss. méd.-chir.*, t. V, p. 6.

(2) Bright; *Reports of Medical cases*, t. II, p. 98. — Dobson; *Med.-chir. Review*, nº XVIII. — *Bulletin* de Férussac, t. XIX, p. 221. — Williams, p. 291.

Les conditions premières de leur emploi sont donc de diminuer par des émissions sanguines convenables la disposition aux congestions, et de s'assurer que l'estomac et les intestins toléreront les excitants.

C'est principalement lorsque la langue est couverte d'un enduit blanchâtre épais, la bouche pâteuse ou amère, l'haleine fétide, et lorsque l'épigastre n'est pas sensible à la pression, que les évacuants sont indiqués.

On a reproché aux vomitifs d'augmenter la fluxion vers la tête [1]. Je n'ai pas reconnu cet inconvénient lorsque les précautions que je viens d'indiquer avaient été prises. Un assez grand nombre de malades ont usé du tartre stibié à la dose de 15 centigrammes, étendu dans trois ou quatre verrées d'eau. Si dans le moment du vomissement, la tête semblait se congestionner, bientôt ces apparences se dissipaient.

Desault conseillait l'émétique en lavage dans les érysipèles traumatiques du crâne; il désirait faire vomir et purger. Ce double effet a lieu souvent.

Les purgatifs, et en particulier le sulfate de magnésie, ont été souvent employés, surtout quand la maladie paraissait toucher à son terme. L'emploi prématuré des purgatifs donnés pour abréger la durée de l'érysipèle [2] pourrait avoir des inconvénients que l'expérience ne reconnaît pas aux vomitifs. Lawrence donnait le calomel seul ou avec la poudre de James [3]; mais ce moyen n'a aucune utilité spéciale. Je regarde comme sans action sur la marche de l'érysipèle, le calomel donné à très-petites doses, par exemple par fractions de grain. Il peut produire la salivation, ce qui serait à mes yeux un grave inconvénient dans l'érysipèle de la face.

On a souvent cru indispensable d'administrer un ou deux purgatifs quand la maladie était terminée, pour éviter une récidive. J'ai vu celle-ci arriver après l'emploi de plusieurs purgatifs, et ne pas arriver quand cette précaution avait été

(1) Chomel; *Gaz. des Hôpit.*, 1843, p. 566.

(2) Chippendale; *The Lancet*, 1841. — *Gaz. méd.*, 1844, t. XII, p. 643.

(3) *Nat. and treat. of erysip.*, p. 59.

omise. On ne doit purger que sur une indication précise, et non par une sorte de routine.

d. — Toniques, excitants et antispasmodiques. — Les toniques doivent rarement être employés dans les premiers jours de la manifestation de l'érysipèle, à moins que le sujet ne se trouve déjà débilité par des causes antérieures.

Lorsqu'un état d'hyposthénie se manifeste dans le cours de la maladie, on doit mettre en usage les toniques, et celui qui a été le plus recommandé est le quinquina [1]. Ce médicament a été vanté par Fordyce, Wells, Heberden, Williams [2]; il a été jugé utile dans l'érysipèle erratique par Hutchison [3].

Le sulfate de quinine a été employé par Walsh comme propre à combattre ainsi l'altération du sang, à laquelle on a attribué la production de l'érysipèle [4]. M. Cruveilhier s'est servi avec succès de la décoction et de l'extrait mou de quinquina [5].

Le Dr Graves a employé concurremment l'opium, le quinquina et le vin, dans une épidémie d'érysipèle régnant en automne [6].

M. Gregory ne croit le vin utile que lorsque le pouls est petit, la faiblesse générale et que les extrémités sont froides. Dans ce cas, le délire ne le contre-indique pas ; ce symptôme peut même diminuer sous son influence [7].

Dans les circonstances où l'hyposthénie était très-grande, on a eu recours au sous-carbonate d'ammoniaque, très-approuvé par Watson [8], par Wilkinson, par Lawrence [9], par Mina [10], à la dose de 20 à 30 centigrammes dans la tisane, toutes les quatre ou six heures.

(1) Lawrence, p. 60.
(2) *Elem. of med.*, t. I, p. 283.
(3) *Remarks on irritative fever*, p. 234. — Lawrence, p. 54.
(4) *Dublin quarterly Journ.*, aug. 1850; — et *Gaz. méd.*, 1851, p. 674.
(5) *Revue méd.-chir.*, t. VI, p. 354.
(6) *Clinical Lectures*, p. 321.
(7) *Erupt. fevers*, p. 230.
(8) *Medical Times*, t. VII, p. 6.
(9) *Nat. and. treat. of erysip.*, p. 60.
(10) *Osservatore medico.* — *Gaz. méd.*, 1848, p. 105.

Le vin de colchique a été employé par Bullock pour ralentir le pouls et hâter la terminaison de l'érysipèle (1). J'ignore si ces résultats ont été souvent obtenus.

MM. Hamilton Bell, Charles Bell, d'Édimbourg, et Balfour, de Cramond, ont employé le perchlorure de fer à la dose de quinze gouttes plusieurs fois par jour ; ils l'ont donné à celle de deux gouttes toutes les deux heures dans l'érysipèle des nouveaux nés, avec succès, assurent-ils (2).

On a préconisé l'usage intérieur du camphre. M. Sporer prétend l'avoir trouvé utile, donné en lavements à des enfants atteints d'érysipèle (3).

Pleins de l'idée qu'un miasme empoisonnant le sang est la véritable cause de l'érysipèle, quelques médecins ont cherché des antidotes. Dan. Brainard a imaginé d'injecter dans les tissus, avec une seringue à tube presque capillaire, une solution d'iodure de potassium. Un effet stimulant très-énergique et des douleurs vives ont été produits. La marche de la maladie n'a été nullement modifiée (4).

e. — **Moyens locaux.** — Des médicaments très-variés ont été employés localement. Une maladie dont la cause est générale, intérieure, ne peut guère être modifiée dans ses manifestations extérieures par de simples topiques. Toutefois, on ne saurait sinon leur refuser toute action, du moins les passer sous silence, et, ce qui n'est pas moins essentiel, omettre de signaler ceux qui pourraient être nuisibles.

1° J'ai déjà indiqué les saignées locales (sangsues et mouchetures), qu'on a employées comme moyens sédatifs directs. J'en ai fait connaître les inconvénients.

On a employé en outre des fomentations émollientes et résolutives, comme l'infusion de fleurs de sureau. Hufeland

(1) *London quarterly med. Review.* — *Gaz. méd.*, t. II, p. 364.

(2) *Monthly Journ. of med. Science*, 1851, june. — *Gaz. des Hôpit.*, 1851, p. 394.— *Ibid.*, 1853, p. 264.

(3) *Bullet. de Thérap.*, t. XLIV, p. 471.

(4) *American Journ.*, 1852, april, p. 563.

faisait baigner dans du lait chaud les nouveaux nés atteints d'érysipèle. On a eu recours aussi aux cataplasmes de riz, de mie de pain et de diverses fécules. Mais ces topiques ont l'inconvénient de relâcher le tissu de la peau et de favoriser la tuméfaction. Ce n'est que dans le cas de très-vive inflammation ou lorsque l'érysipèle est phlegmoneux, que les topiques émollients pultacés ou liquides peuvent avoir quelque utilité.

On a préféré employer les fécules sèches, la poudre d'amidon, celle de riz. Ces topiques inoffensifs rafraîchissent légèrement la partie enflammée, et sans abréger notablement la durée de la maladie, ils sont plutôt favorables qu'absolument inutiles.

2° Le *coton écru,* qui est utile dans les brûlures, a été employé dans l'érysipèle par MM. Reynaud, Cabissol ([1]), Baudens ([2]), qui en ont obtenu de bons effets.

3° On a désiré mettre la partie enflammée à l'abri du contact de l'air. Dans ce but, on a répandu sur la peau une couche de solution de *gomme,* qu'on a ensuite saupoudrée de farine ([3]). La roideur et la gêne produites par ce topique y ont fait renoncer.

4° Le *collodion* exerce une pression générale et uniforme sur la partie malade. M. Briquet a trouvé ce moyen avantageux dans un érysipèle de l'abdomen ([4]). Spengler d'Herborn l'a vu hâter la guérison dans sept cas d'érysipèle, soit de la face, soit de diverses autres régions ([5]). Christen, de Prague, s'en est servi avec succès dans des cas d'érysipèle par cause locale, traumatique ([6]). Je l'ai employé pour un érysipèle de la partie postérieure du tronc; la pression fut peu douloureuse sur cette partie, mais la phlegmasie n'en gagna pas moins le cou et la face. Chez un autre malade, le collo-

([1]) *Journ. des Connaiss. méd.-chir.,* t. III, p. 323.
([2]) *Gaz. des Hôpit.,* 1840, p. 441.
([3]) Robert-Latour; *Revue méd.,* 1850, p. 498.
([4]) *Gaz. des Hôpit*, 1850, p. 463. — *Bullet. de Thérap.,* t. XXXVIII, p. 322.
([5]) *Gaz. méd.,* 1853, p. 52.
([6]) *Dublin quarterly Journ.,* t. XV, p. 239.

dion, uni à un cinquième d'huile de ricin, fut appliqué sur un érysipèle de la face. Il n'empêcha pas des abcès de se former dans l'épaisseur des paupières. Je n'ai trouvé aucune utilité réelle à ce moyen.

5° En 1826, M. Serres, d'Alais, préconisa les *onctions mercurielles* comme pouvant abréger la durée de l'érysipèle [1]. Ce moyen fut chaudement recommandé par M. Ricord, qui lui trouva l'avantage de prévenir la formation des phlyctènes [2], et qui s'en servit avec succès dans un cas d'érysipèle chez un enfant de huit mois [3]. Plusieurs observateurs en firent l'éloge [4]. M. Ricord avait recommandé de choisir pour les frictions une pommade mercurielle très-fraîche; d'autres reconnurent que quoique rance elle n'était pas moins efficace [5]; mais des praticiens d'une grande expérience, comme M. Velpeau [6], doutèrent de cette efficacité, et quelques-uns reprochèrent à ce topique d'avoir provoqué la salivation [7]. D'autres enfin crurent remarquer que l'axonge seule [8] ou simplement unie au blanc de baleine [9] et que la pommade de concombre [10] produisaient des effets non moins heureux.

J'ai souvent employé l'axonge seule avec autant de succès que si le mercure y avait été incorporé. Un fait assez remarquable m'a d'ailleurs prouvé que la saturation de l'organisme

(1) *Bullet. de Thérap.*, t. III, p. 1. — *Gaz. des Hôpit.*, t. X, p. 603.

(2) *Lancette française*, t. V, p. 109, 273. — *Gaz. des Hôpit.*, t. IX, p. 603; t. X, p. 414.

(3) Dowling; *Obs. de Méd.* (Thèses de Paris, 1834, n° 323, p. 19.)

(4) Fontaine; Thèse, 1831, n° 193, p. 17. — Chaumonot; *Lancette*, t. VI, p. 375-395. — Guéroult; *Bullet. de Thérap.*, t. VII, p. 276.

(5) Marloy; Thèse, 1833, n° 104, p. 20.

(6) *Bullet. de Thérap.*, t. XXII, p. 167. — M. Combal croit que les onctions mercurielles accélèrent à peine la guérison. (*Gaz. méd. de Montpellier*, 1848. — *Gaz. méd. de Paris*, 1848, p. 759.)

(7) Casimir Broussais, 2e Obs. (*Gaz. des Hôpit.*, t. VII, p. 81.) — On a vu le gonflement des parotides, la tuméfaction des glandes du cou, amener l'asphyxie et la mort. (*Journ. de Méd. de Bordeaux*, 1838, t. VI, p. 295.)

(8) Lisfranc; *Gaz. méd.*, 1837, p. 344.

(9) Darcet. — Lisfranc; *Gaz. des Hôpit.*, t. XI, p. 7.

(10) Dassit de Confolens; *Bullet. de Thérap.*, t. XVIII, p. 191.

par le mercure n'est nullement propre à prévenir et à atténuer le développement de l'érysipèle. Une femme âgée de cinquante-deux ans, non menstruée depuis douze ans, cuisinière, d'une forte constitution, fut reçue à l'hôpital en septembre 1853, pour une entéro-colite très-intense avec tympanite. La pression sur l'abdomen était très-douloureuse. Le pouls était petit, serré, 96. Une péritonite était soupçonnée. Pendant cinq à six jours l'abdomen fut soumis à l'emploi très-rapproché et très-large des onctions mercurielles. La malade en était saturée, les symptômes gastro-intestinaux avaient diminué et les évacuations alvines étaient devenues abondantes, lorsqu'un érysipèle fort intense se manifesta sur la face et fut suivi d'abcès dans les paupières.

6° On a essayé les sédatifs spéciaux, comme la solution d'*opium,* celle du *camphre* dans l'éther (1) ou dans l'alcool (2), le chloroforme, etc., sans résultats très-avantageux.

7° On s'est adressé aux astringents. Les diverses préparations de *plomb* ont été tentées, et en particulier l'acétate associé à l'opium, par M. Smith (3), et le sulfate de fer à la dose de 30 grammes par litre d'eau ou de 8 grammes dans 30 d'axonge. M. Velpeau, après avoir fortement recommandé ce médicament (4), s'est élevé plus tard contre l'usage des topiques en général et contre celui-là même auquel il avait donné la préférence (5).

8° On a mis en usage les *réfrigérants.* M. Arnott applique un mélange de glace pilée et de sel commun; la partie pâlit rapidement (6). Mais il n'est guère présumable que les choses en restent là : une réaction est inévitable si la phlegmasie a quelque intensité. A New-York, la glace et l'eau glacée ont été

(1) Dans l'érysipèle des nouveaux nés, M. Trousseau fait appliquer, à l'aide d'un pinceau, une solution d'une partie de camphre dans deux d'éther, cinq ou six fois par jour. (*Bullet. de Thérap.,* t. XXXII, p. 70.)

(2) Dans l'érysipèle des nouveaux nés. Garthshore (Underwood; *Maladies des Enfants,* p. 50.)

(3) *Medical Times,* t. IX, p. 434. — Cazenave; *Annales,* t. II, p. 61.

(4) *Bullet. de Thérap.,* t. XXII, p. 167, et t. XLVIII, p. 15.

(5) *Gaz. des Hôpit.,* 1847, p. 441; 1852, p. 529.

(6) *London med. Gaz.,* 1849. — *Bullet. de Thérap.,* t. XXXVII, p. 374.

employés sans succès (1). L'eau froide ordinaire peut être utile dans quelques cas. Tel est surtout celui d'une céphalée ou d'un délire intense ne cédant pas aux émissions sanguines ou aux révulsifs. J'ai obtenu un résultat des plus heureux chez un jeune homme de vingt-cinq ans, maigre, très-nerveux, dont l'érysipèle s'était propagé de la face au cuir chevelu. Je fus appelé après une nuit extrêmement fatigante, passée en agitation continuelle, cris, paroles incohérentes, etc. C'était au mois d'août, la chaleur était très-élevée. Je fis recouvrir toute la tête et la majeure partie de la face de larges compresses imbibées d'eau froide et sans cesse renouvelées. Les accidents cérébraux allèrent en déclinant, et la terminaison de l'érysipèle fut heureuse et assez prompte.

Dans les cas ordinaires, la réfrigération pourrait avoir le grave inconvénient de produire la délitescence et une métastase sur quelque organe intérieur (2). Ce moyen ne doit donc être employé que sur une indication très-précise et dans des circonstances graves.

9° Divers excitants ont été appliqués localement, tels que la *créosote* (3), la *teinture d'iode* (4), l'*ammoniaque* (5), la décoction de *cantharides* dans l'essence de térébenthine (6), etc. Ces topiques sont demeurés sans usage.

10° Le *vésicatoire*, appliqué soit au centre de l'érysipèle, soit sur ses bords, soit au voisinage, a eu une certaine vogue.

L'idée de recouvrir l'érysipèle d'un épispastique remonte à Ambroise Paré. Elle a été réalisée par les médecins espagnols Garcia Vasquez et Jean de Herrera (7), par Physick des États-Unis, par Petit de Lyon, d'après le témoignage d'Hedelho-

(1) Reese; *Notes of hospital practice.* (*American Journ.*, 1850, january, p. 98.)

(2) Duchanoy; *Ancien Journal*, t. XXXV, p. 432.

(3) Fahnestock; *American Journ.*, 1848, july, p. 252.

(4) Davies (d'Hertfort). — Norris (de South-Petorton). — Cabot; *American Journ.*, 1850, oct., p. 318. Ce moyen n'a pas réussi au docteur Lanyon. (*Gaz. méd.*, t. VIII, p. 775.)

(5) Watson, à New-York. (*American Journ.*, 1841, oct., p. 332.)

(6) Hartshorne, de Philadelphie. — Bulkley. — Gregory, p. 235.

(7) *Journ. complém.*, t. X, p. 148.

fer [1], par Conté, à l'hôpital militaire de Toulouse [2], etc. Des succès ont été proclamés. On espérait par ce moyen borner l'érysipèle ou plutôt le retenir, et lui faire parcourir toutes ses périodes avec plus de rapidité dans le lieu où il avait pris naissance. Essayé dans les services de Fouquier [3], de Lisfranc [4], il ne répondit point à cette attente. Il n'a pas mieux réussi plus tard entre les mains de M. Huguier [5].

On espéra pouvoir mettre des limites à l'extension continue de l'érysipèle en plaçant sur ses confins des bandes étroites de vésicatoires [6]. On crut réussir dans quelques cas où la phlegmasie avait une cause purement locale; mais on chercha vainement à s'opposer aux progrès de l'érysipèle de cause interne. J'ai vu celui-ci se jouer de cette prétention. D'après M. Velpeau, le vésicatoire placé au centre ou autour de l'érysipèle n'en abrége pas la durée [7].

Mayo a appliqué des vésicatoires à la nuque et aux tempes dans plusieurs cas d'érysipèles de la face [8]. Les purgatifs étaient employés concurremment. Chez quatre malades le résultat a été satisfaisant, pour le cinquième l'issue a été funeste.

11° Le crayon de *nitrate d'argent* a été promené sur les bords de l'érysipèle pour limiter ses progrès, comme on avait espéré le faire avec les bandelettes de vésicatoire. On n'a pas mieux réussi [9].

Gooch d'abord [10], Higginbotton ensuite [11], ont essayé de laver la partie enflammée avec une solution de nitrate d'argent dans l'eau distillée, additionnée de quelques gouttes

[1] *Gaz. méd.*, t. I, p. 488.
[2] *Journ. universel*, t. XXIII, p. 37.
[3] *Lancette française*, t. III, p. 376.
[4] *Ibid.*, t. IV, p. 185.
[5] *Revue méd.-chir.*, t. II, p. 261.
[6] Piorry; *Union méd.*, t. I, p. 249. — *Revue méd.-chir.*, 1847, t. I, p. 1.
[7] *Annales de la Chirurgie française et étrangère*, 1842, février.
[8] *London méd. Gaz.* — Cazenave; *Annales*, t. II, p. 60.
[9] *Lancette française*, t. VI, p. 241. — *Bullet. de Thérap*, t. VII, p. 253, 278.
[10] *Lancet*, sept. 1832. — *American Journ.*, 1848, january, p. 264.
[11] *Monthly Journ.*, oct. 1847. — *Edinb. med. and Surg. Journ.*, 1848, jan. — *Gaz. méd.*, 1848, p. 733.

d'acide nitrique; M. Gregory ne désapprouve pas ce moyen [1]. Tanchou s'était servi d'une solution étendue de nitrate d'argent pour imbiber des compresses qu'on appliquait sur un érysipèle traumatique grave. Il y eut du mieux [2]. M. Ward a préconisé une solution éthérée de nitrate d'argent [3].

On a incorporé le nitrate d'argent à l'axonge. M. Jobert de Lamballe a cité des exemples de succès [4]. Cependant, les effets sont loin d'être toujours heureux, et parfois cette pommade a fait naître des ecthymas [5].

12° Enfin, on a eu recours au *cautère actuel* dans des cas d'érysipèle traumatique [6]; aux scarifications profondes dans l'érysipèle phlegmoneux; à la compression dans l'érysipèle des membres accompagné d'engorgements profonds, d'œdème, etc. [7].

SCLÉRÈME AIGU.

Le *sclérème aigu* est une maladie propre aux nouveaux nés, qui consiste en une tuméfaction de diverses régions de la surface du corps, avec dureté très-marquée, refroidissement et état général de torpeur.

Cette maladie a beaucoup d'analogie avec l'érysipèle des nouveaux nés. Souvent ces affections coïncident. Cette analogie et ces rapports justifient la place que je donne ici à l'histoire du sclérème aigu, quoiqu'on ne doive pas le regarder à proprement parler comme un exanthème.

On a nommé cette maladie *endurcissement, induration du tissu cellulaire, œdème compacte, œdème dur, œdème algide, squirrhosarque* [8]. Les mots *sclérose* [9], *sclérome* [10], *scléré-*

[1] *Erupt. fev.*, p. 232.
[2] *Bullet. de Thérap.*, t. XXIII, p. 51.
[3] *Ibid.*, t. XLVIII, p. 226.
[4] *Ibid.*, t. XXIII, p. 63; t. XXXI, p. 291. — *Gaz. méd.*, 1846, p. 964.
[5] *Gaz. des Hôpit.*, 1846, p. 438
[6] Larrey; *Revue méd.* — Baudens; *Gaz. des Hôpit.*, t. IX, p. 13. Etc.
[7] James Allen; *Archives méd. de Strasbourg*, t. III, p. 370.
[8] Baumes; *Nosologie ou fondements de la science des maladies*, t. I, p. 285.
[9] *Archives*, t. IX, p. 278.
[10] Marinus Vancuyer; *Annales de la Méd. physiol.*, t. VIII, p. 412, 422.

mie, sont les analogues de celui de *sclérème* créé par Chaussier ([1]). Il faut ajouter l'épithète *aigu* pour ne pas confondre cette maladie des nouveaux nés avec le sclérème chronique ou la *sclérodermie*, qui en diffère essentiellement et qui s'observe chez les adultes.

A. — *Historique.*

La première observation connue fut recueillie, en 1718, par Uzenbez, d'Ulm ([2]).

Vers la fin du XVIII° siècle, Doublet, médecin du petit hospice de Vaugirard, où étaient envoyés les enfants atteints d'affection syphilitique, avait vu chez quelques nouveaux nés une espèce d'œdème qui rendait le tissu cellulaire dur et sans élasticité, et qui s'accompagnait d'un assoupissement promptement mortel ([3]).

Andry, médecin, et Auvity, chirurgien de l'hospice des Enfants-Trouvés de Paris, s'assuraient à la même époque que l'endurcissement du tissu cellulaire était étranger à la syphilis. Andry lut le résumé de ses observations à la Société royale de Médecine le 24 août 1787. Son travail fut publié l'année suivante ([4]).

Cette illustre Compagnie ayant proposé un prix sur ce sujet, Auvity concourut et obtint une médaille d'or dans la séance publique du 3 mars 1789. Son Mémoire fut imprimé bientôt après ([5]).

Souville observait dans le même temps le sclérème aigu dans les campagnes du Bas-Calaisis ([6]). Tenon appelait l'at-

([1]) *Dictionnaire des Sciences médicales*, t. XII, p. 217. — Dugès; thèse, p. 74. — *Σκληρος, dur.*

([2]) Uzembezius; *Partus octimestris vivus, frigidus et rigidus.* (*Ephem. natur. curiosor.*, cent. IX et X, 1722, Obs. 80, p. 62.)

([3]) *Journ. de Méd.*, avril 1785, t. LXIII, p. 477.

([4]) *Mém. de la Soc. roy. de Méd.*, t. VII, hist., p. 207. Cinq ans plus tard, Andry publiait le même Mémoire avec quelques modifications, dans l'*Encyclopédie méthodique*, t. V, p. 817.)

([5]) *Mém. de la Soc. roy. de Méd.*, t. IX. p. 328.

([6]) *Journ. de Méd.*, 1788, t. LXXVII, p. 64.

tention sur sa fréquence et son excessive gravité dans les hospices où sont reçus les enfants naissants (1).

C'est là que plusieurs observateurs l'ont étudiée avec soin; tels sont Troccon (2); Dugès, qui posa les premières bases d'une distinction parfaitement justifiée (3); Breschet, qui fit des recherches anatomico-pathologiques (4) et dirigea celles de M. Léger (5); M. Denis, qui s'efforça d'éclairer la théorie de l'ictère et de l'endurcissement du tissu cellulaire des nouveaux nés, en rattachant l'origine de ces affections à des états morbides intérieurs graves (6); Billard, qui considéra les faits sous un point de vue différent (7); Blanche, qui présenta le résumé d'un certain nombre d'observations exactes (8); Valleix, qui tenta de donner aux faits une interprétation nouvelle (9), laquelle, après avoir été vivement contestée (10), a été reproduite avec l'importance que donnent des résultats pratiques d'une incontestable valeur (11). Il faut ajouter les recherches pleines d'intérêt de M. Henry Roger sur plusieurs points de l'histoire du sclérème aigu, qu'il a cru devoir appeler *œdème algide* (12).

(1) *Mém. sur les Hôpitaux de Paris*, 1788, p. 281.

(2) *Sur la maladie des enfants nouvellement nés connue sous le nom de tissu cellulaire*, 1814, n° 39, — et *Journ. de Méd.* de Leroux, 1815, t. III, p. 276.

(3) *Recherches sur les maladies les plus importantes et les moins connues des enfants nouveau-nés*, 1821, n° 64. — *Induration du tissu graisseux*, p. 74.

(4) *Bullet. de la Soc. méd. d'émulation*, avril 1822, p. 176. — *Journ. général*, 2e série, t. XIX, p. 241.

(5) *Considérations sur l'endurcissement du tissu cellulaire chez les nouveaux nés.* (Thèses de Paris, 1823, n° 66, — et *Archives*, 1825, t. VII, p. 16 (sous le nom d'*œdème compacte*).

(6) Thèses de Paris, 1825, n° 159. — *Recherches d'anatomie et de physiologie pathologique sur plusieurs maladies des enfants nouveau-nés.* Commercy, 1826.

(7) *Archives*, 1827, t. XIII, p. 204, — et *Maladies des enfants*, 3e édit., 1837, p. 190.

(8) Thèses de Paris, 1834, n° 145. Cette thèse fut littéralement copiée et envoyée, par un plagiaire, comme tribut académique, à une Société médicale, qui fit imprimer cette copie comme une œuvre originale et fort estimable.

(9) *De l'asphyxie lente chez les enfants nouveau-nés, et principalement sur celle qui produit la maladie connue sous les noms d'induration, œdème du tissu cellulaire, sclérème, sclérémie, etc.* (Thèses de Paris, 1835, n° 1.) — *Clinique des maladies des enfants*, 1838, p. 637 et 641.

(10) Thirial; *Journ. de Méd.* de Trousseau, 1845, p. 137.

(11) Legroux; *Consid. sur la nat. et le traitem. du sclérème et de l'asphyxie* Paris, 1837.

(12) *Archives*, 1845, 4e série, t. VIII, p. 17.

Pendant que les médecins français faisaient de cette remarquable affection l'objet d'une étude toute spéciale, les observateurs des autres nations s'en occupaient aussi. Hulme avait répondu à l'appel de la Société royale de Médecine, et son Mémoire avait obtenu le deuxième prix (1). Ses observations étaient faites dans les maisons où naissent chaque année à Londres beaucoup d'enfants, et il s'était attaché à constater les rapports de l'endurcissement du tissu cellulaire avec l'état phlegmasique des poumons (2).

Underwood, dont le *Traité des maladies des Enfants* parut d'abord en 1784, ne fit point alors mention du sclérème; il n'indiqua que l'érysipèle des nouveaux nés (3); mais plus tard, et surtout dans la 7e édition de son Traité (4), il donna une idée de cette affection, qui n'est pas rare en Angleterre, puisqu'elle y a reçu le nom vulgaire de *skin-bound*.

Les médecins allemands conviennent que l'induration du tissu cellulaire s'observe peu dans leur pays. Cependant, ils ont écrit sur cette matière, en se servant des faits observés dans leur patrie, quelquefois en venant les recueillir eux-mêmes en France, où ils sont plus abondants. Hufeland, Horn (5), Lodemann (6), Goelis (7), émirent des opinions diverses sur la nature de cette affection, qui fut le sujet des dissertations inaugurales de Benedicks (8), de Schoenberg (9), de Baumgarten (10), de Baermann (11), de Michaelis (12), de Cueppers (13). Plus tard,

(1) *Mém. de la Soc. roy. de Méd.*, t. IX, p. 403.

(2) *De induratione telæ cellularis.* (*Mém. de la Soc. roy. de Méd.*, t. IX, p. 403.)

(3) Voyez ci-dessus, p. 45.

(4) London, 1819, vol. 1, p. 193.

(5) *Annales gener. de Med. d'Altenbourg*, 1810, 3e trimestre. (*Bibl. méd.*, t. XXXV, p. 127.)

(6) *Journal d'Hufeland.* (*Bibl. méd.*, t. XXXV, p. 390.)

(7) *Gaz. méd. de Salzbourg*, 1812–1815, B. 4, S. 128.

(8) *De telæ cellulosæ indur.* Gœtting., 1807.

(9) *De indur. telæ cellul.* Gœtting., 1808. (Il avait observé le sclérème à Paris.)

(10) *De indur. textus cellul. neonatorum.* Halæ, 1821.

(11) *De telæ cellul. induratione.* Berolini, 1825.

(12) *De induratione telæ cellulosæ.* Kiliæ Holsatorum, 1825. Excellente dissertation écrite après de nombreuses observations faites à l'hospice des Enfants-Trouvés de Paris, sous la direction de Breschet.

(13) *De indur. telæ cellul. neonatorum.* Berolini, 1835.

le sclérème a été étudié par MM. Heyfelder, Schwarz, Fraenkel, Meissner, Bednar [1]. M. Elsaesser a donné le résumé de 53 cas observés à la maison d'accouchement de Stuttgard, de 1828 à 1851 [2]. Il appelle quelquefois la maladie *sclérose*.

Cette affection paraît être assez commune en Italie. Elle a été observée à Milan par Zeviani [3], par Carminati, par Palletta [4], par Marzari [5]; à Naples, par Bruni; à Trévise, par Mandruzzato [6] et surtout par Sébastien Liberali [7], auteur de recherches anatomiques très-attentives et très-nombreuses; enfin par le Dr Pastorella, attaché à un hospice d'enfants trouvés près de Trieste [8].

B. — *Causes du sclérème aigu.*

§ I. — Causes organiques.

a. — État physique ou moral de la mère pendant sa grossesse. — Il a semblé assez naturel de rapporter à l'état spécial de la mère une maladie qui se développe au moment où l'enfant vient de naître. Uzembez croyait que le sang maternel était trop épais, trop visqueux, ou que l'imagination pouvait avoir été trop vivement frappée. On a cru que les écarts de régime, que l'abus des spiritueux pendant la gestation, avaient pu produire le sclérème des nouveaux nés; mais Andry [9] et Auvity [10] n'ont pu le constater. Ce dernier auteur attribue une

(1) Ces auteurs sont indiqués dans la dissertation inaugurale de M. Goupil, *sur le sclérème*. Strasbourg, 1854, nº 311.

(2) *Archiv. fur physiol.*, 1852. (*Archives*, 5e série, t. I, p. 529.)

(3) *Brera; nuovi Commentari*, 1818, p. 253.

(4) *Annali universali*, 1822 et 1826, trad. par Bailly, dans *Archives*, t. V, p. 105, et t. IX, p. 275. — *Bullet. des Sc. méd.*, t. I, p. 295; t. X, p. 64.

(5) *Rep. Med. chir. di Torino.* (*Revue méd.*, 1826, t. IV, p. 465.)

(6) *Mem. di ateneo di Treviso*, vol. I, p. 227, 241, 250.

(7) *Nuovi Commentari di Med.*, 1823. — Extrait par Breschet, dans *Journal universel*, t. XXX, p. 257.

(8) *Gazzetta med. italiana federativa Toscana*, 1852, p. 228. (*Dublin quarterly*, 1853, p. 242.)

(9) *Mém. de la Soc. roy. de Méd.*, t. VII, p. 212.

(10) *Ibid*, t. IX, p. 358.

influence plus marquée aux pertes sanguines qui ont lieu pendant la grossesse (1).

La syphilis fut accusée par Doublet. Mais on ne peut admettre à ce sujet qu'une coïncidence fortuite. D'ailleurs il faut prendre garde de confondre avec le véritable sclérème les engorgements, les indurations qui peuvent se montrer surtout à la face.

Alibert et Marchais ont vu le sclérème survenir chez un enfant dont la mère avait eu pendant sa grossesse un eczéma (2). On ne cite pas d'autres faits analogues.

On a insisté sur une autre série de causes, sur les diverses manœuvres auxquelles les femmes se soumettent pour cacher leur grossesse (3), sur l'usage des remèdes qu'elles emploient pour détruire le fruit qu'elles portent (4). On conçoit, en effet, que ces tentatives coupables peuvent porter une atteinte grave à la nutrition de l'enfant, et favoriser le développement du sclérème. Mais ce n'est là qu'une présomption.

Le froid éprouvé par la mère aux approches de la parturition ne pourrait-il pas être mis au nombre des causes du sclérème aigu? Un fait curieux rapporté par M. Borchard tendrait à le prouver. Il vit cette maladie chez l'enfant d'une femme qui, jusqu'au terme de sa grossesse, continua de figurer dans les *tableaux vivants*, représentations qui avaient lieu à Bordeaux, en mars 1849, dans une barraque de la foire, où pénétraient le vent et l'humidité (5).

5. — État de l'enfant à sa naissance. — Les enfants faibles sont plus exposés au sclérème que ceux dont l'énergie vitale est assez développée. M. Blanche ayant apprécié le volume de 31 enfants atteints de cette maladie, trouva que 10 étaient petits, 8 d'une grosseur médiocre, 12 d'un volume ordinaire

(1) *Mém. de la Soc. roy. de Méd.*, t. VIII, p. 374.
(2) Troccon; Thèse, p. 29.
(3) Cueppers, p. 19.
(4) Pastorella, p. 243.
(5) *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 1858, p 223.

et un seul très-grand. Dugès, Palletta ([1]), en admettant que les enfants chétifs sont les plus disposés au sclérème, se sont assurés que les plus robustes n'en sont pas à l'abri.

On a remarqué que les jumeaux en étaient assez souvent atteints; souvent il n'y en a qu'un qui le soit ([2]), mais les deux peuvent l'être ([3]).

L'état de pléthore produit par la ligature trop précipitée du cordon ombilical est, selon Palletta, une cause fréquente de sclérème ([4]). Lodemann a remarqué aussi que les enfants nés dans un état d'asphyxie y sont particulièrement exposés ([5]).

c. — **Age.** — Le sclérème aigu ne pourrait-il pas se développer dans le sein maternel quelques jours avant la naissance? L'enfant observé par Uzembez naquit froid et dur. Seb. Liberali a vu un enfant mort-né dans un état évident d'endurcissement du tissu cellulaire ([6]). Un autre fait, observé par M. Duparcque, permet encore d'admettre la possibilité d'un sclérème congénital ([7]).

On a fréquemment observé, et Uzembez le premier, que les enfants nés avant terme sont très-exposés à cette affection. Auvity avait aussi noté ce fait ([8]). Palletta a vu dans une série de 43 enfants atteints de sclérème, 14 nés avant terme ([9]); dans une autre série composée de 62 individus, 40 n'ayant pas complété neuf mois de vie fœtale ([10]). D'après les observations de M. Elsaesser, sur 53 enfants atteints de sclérème aigu, 43 étaient nés avant terme.

C'est le premier jour, plus souvent le deuxième et plus fré-

([1]) *Archives*, l. c., p. 106.
([2]) Auvity, p. 351.
([3]) Observation de Maygrier. (Voyez Thèse de Genay, *sur le sclérème*. Paris, 1822, nº 28, p. 18.)
([4]) *Archives*, l. c., p. 295.
([5]) *Bibl. méd.*, t. XXXV, p. 390.
([6]) *Journ. univ.*, t. XXXI, p. 8.
([7]) *Bibl. méd.*, 1828, t. III, p. 335.
([8]) *Mém. de la Soc. roy. de Méd.*, t. IX, p. 337.
([9]) *Archives*, t. V, p. 113.
([10]) *Ibid.*, t. IX, p. 276.

quemment encore le troisième après la naissance, que l'endurcissement du tissu cellulaire se produit. On l'a vu se former plus rarement les jours suivants et jusqu'au dix-septième ([1]). Selon M. Pastorella il ne se développe pas après la quatrième semaine; mais d'après Schwarz, il peut encore survenir pendant la sixième semaine ([2]). Les faits de sclérème tardif ne se rapportent nullement à celui dont il est question en ce moment.

d. — **Sexe.** — Le nombre des garçons atteints de sclérème aigu l'emporte sur celui des filles, d'après M. Denis et d'après Valleix. Sur les 31 petits malades observés par M. Blanche, il y en avait 20 du sexe masculin. Sur 53, M. Elsaesser a compté 29 garçons et 24 filles ([3]).

§ II. — Causes hygiéniques.

a. — **Froid.** — Le refroidissement auquel l'enfant naissant peut être soumis, est la cause la plus fréquente et la plus probable du sclérème aigu. Cette cause est admise par Andry, Auvity, Troccon, Dugès, Marzari, Liberali, etc. On conçoit que l'enfant, en sortant d'un milieu dont la chaleur est élevée et constante, doit ressentir vivement les fâcheux effets d'un abaissement rapide de température. Plus son exposition au froid sera prolongée, plus les effets seront pernicieux; moins il aura de résistance vitale, plus vite se manifesteront les conséquences funestes du refroidissement.

Carminati, Zambelli, Palletta ([4]), n'admettent pas l'influence du froid dans la production du sclérème, cette maladie survenant en été et dans les pays chauds ou tempérés autant et plutôt que dans les pays froids. Les enfants des paysannes, des vivandières, ajoutent-ils, qui naissent presque en plein

([1]) Blanche, p. 7.
([2]) Cappers, p. 11.
([3]) Thèse de Goupil, p. 21.
([4]) *Archives*, t. V, p. 106.

air, sont-ils plus sujets au sclérème? Les Scythes, plongeant leurs fils dans l'eau froide, et leurs imitateurs, entraînés par l'éloquence de J.-J. Rousseau, ont-ils souvent provoqué cette maladie? Enfin, disent ces auteurs, le sclérème congénital ne saurait certainement être attribué à l'influence du refroidissement.

Le froid n'est pas sans doute la cause exclusive et constante du sclérème, mais on ne peut méconnaître son influence provocatrice.

5. — **Saisons.** — Le sclérème s'observe à toutes les époques de l'année. Plusieurs observations que j'ai faites à l'hospice des Enfants-Trouvés de Bordeaux ont eu lieu au printemps et en été, de 1824 à 1829. Il arrive souvent, dans les saisons les plus chaudes, qu'à des journées brûlantes succèdent des nuits fraîches et même froides. Or, ces transitions suffisent pour agir sur des êtres débiles.

Palletta, ayant noté le nombre des enfants atteints d'endurcissement pendant les divers mois de l'année, a dressé le tableau suivant :

Janvier	2	Juillet	2
Février	25	Août	4
Mars	11	Septembre	9
Avril	1	Octobre	12
Mai	5	Novembre	14
Juin	1	Décembre	21

Il y a donc eu un accroissement successif de juillet à décembre, c'est-à-dire en rapport avec le refroidissement de l'atmosphère. Elsaesser a vu le sclérème aigu principalement en novembre et en décembre.

Billard a donné cette statistique :

Janvier	15	Juillet	4
Février	15	Août	14
Mars	16	Septembre	10
Avril	18	Octobre	16
Mai	22	Novembre	29
Juin	5	Décembre	15

Dans ce tableau, les mois de mai et de novembre sont les plus chargés. Mais ces relevés ne s'appuient pas sur d'assez grands nombres pour qu'il soit permis d'en tirer des conclusions positives.

Il est généralement admis à l'hospice des Enfants-Trouvés de Paris, que c'est en hiver que l'on observe le plus souvent l'endurcissement du tissu cellulaire. Sebast. Liberali dit ne l'avoir pas vu dans les mois de juin, juillet, août, septembre et octobre.

Ces différences dans les observations peuvent tenir aux années. Le sclérème n'est point une maladie épidémique; mais il est plus fréquent dans les années pluvieuses et froides et peut-être aussi dans certaines constitutions médicales [1].

c. — **Localités.** — Il est des pays où le sclérème est commun. Il l'était du temps de Souville dans le Bas-Calaisis, pays submergé la majeure partie de l'année; il est fréquent en France, en Italie [2]; rare à Vienne [3], à Copenhague [4]; peu commun en Angleterre, à Berlin [5], dans le Holstein [6], en Allemagne.

d. — **Maisons hospitalières.** — C'est dans les hospices d'enfants trouvés que cette maladie s'observe surtout. A Paris, on compte 300 cas par an sur 5,000 enfants admis. A Lyon, à l'hôpital de la Charité, cette affection était fréquente et bien connue [7]. Elle se montre souvent à l'hospice des Enfants-Trouvés de Bordeaux. En Italie, c'est encore dans les asiles de la première enfance qu'on la voit. En Angleterre, en

(1) Horn; *Bibl. méd.*, t. XXXV, p. 127.

(2) Dans un semestre, Palletta en vit soixante-deux cas à l'hôpital de Milan. Les Observations de Liberali comptent par centaines.

(3) Goelis; *Gaz. méd. de Salzbourg*, 1812. (*Journal* de Leroux, t. XXXII, p. 147.)

(4) Bang n'en a vu que quatre cas en deux ans. (*Acta regiæ Soc. Hauniensis*, t. V, p. 259)

(5) Dans le Compte rendu de l'hôpital de la Charité, de Berlin, en 1809, par Hufeland et Horn, on ne nota que dix-sept enfants atteints d'endurcissement du tissu cellulaire; quinze en moururent. (*Bibl. méd.*, t. XXXIII, p. 235.)

(6) Michaelis, p. 43.

(7) Richard, de Nancy; *Maladies des Enfants*, p. 475.

Prusse, et dans presque tous les États allemands où règne la religion protestante, les maisons d'enfants trouvés, œuvre essentiellement catholique due à la charité ardente et dévouée de saint Vincent de Paul, n'existent pas. On ne peut voir le sclérème que dans les maisons de Maternité, où les enfants ne se séparant pas de leur mère, sont beaucoup moins exposés aux influences extérieures nuisibles. On conçoit que les hospices d'enfants trouvés, plus ou moins éloignés des lieux où les mères accouchent, offrent une condition très-défavorable. Le transport des enfants s'opère souvent la nuit, sans précaution, et ensuite les formalités de l'admission et de l'enregistrement prolongent la durée des influences fâcheuses. L'enfant, à l'étroit dans son maillot, s'engourdit; l'urine qu'il a rendue et qui inonde ses langes se refroidit, en même temps l'alimentation lui manque. On juge dès lors combien sont actives, dans ces circonstances, les causes de sclérème et de mortalité.

Il y a lieu aussi de noter l'influence des maladies coïncidentes dans les maisons hospitalières. M. Elsaesser a fait à ce sujet la remarque très-digne d'attention que le sclérème aigu, comme l'érysipèle des nouveaux nés, fut très-fréquent en 1849 et 1850, alors que la fièvre puerpérale régnait à la maison d'accouchements de Stuttgard ([1]).

C. — *Symptômes du sclérème aigu.*

a. — **Prodromes; début.** — On reconnaît qu'un enfant est menacé du sclérème lorsqu'il est faible, qu'il ne crie que d'une voix presque éteinte, qu'il ne semble respirer qu'à demi, que les battements de son cœur et de son pouls se sentent à peine, qu'on parvient difficilement à réchauffer ses membres.

Si le danger devient imminent, une teinte pâle jaune et de petits mouvements d'écartement des bras se font remarquer.

Quelquefois le début a lieu sans préludes, peu d'heures après la naissance.

([1]) *Archives*, 5e série, t. I, p. 539.

6. — Symptômes locaux et généraux. — 1° L'un des phénomènes les plus frappants et les plus ordinaires est un *changement dans la coloration*. Une teinte un peu pâle jaunâtre peut précéder le développement de la maladie ; mais on remarque bientôt une certaine lividité vers les extrémités, une teinte violacée qui se répand sur presque tout le corps.

Cette coloration est souvent rougeâtre et d'aspect érysipélateux. Elle peut échapper à l'observateur, parce qu'elle disparaît rapidement ; mais M. Elsaesser l'a fréquemment constatée (1). Elle est ensuite remplacée par cette teinte livide pâle qui vient d'être mentionnée ; de plus, la face présente une couleur analogue à celle de la cire blanche jaunie par le contact de l'air.

2° Diverses parties se *tuméfient* plus ou moins. Ce sont ordinairement les membres, et surtout les inférieurs. De là quelques déformations apparentes ; les jambes semblent arquées ; la plante des pieds devient convexe.

Cet engorgement se manifeste à l'hypogastre, sur les membres supérieurs, au cou, à la face ; jamais, dit Auvity (2), sur les parties antérieures et postérieures du thorax. Cependant il est quelquefois général.

3° Les diverses régions présentent au toucher une résistance remarquable, une *dureté* comparable à celle du carton ou du bois. Ce phénomène est celui qui a toujours paru le plus significatif. Il a servi dès les premiers temps à désigner la maladie. A l'hospice des Enfants-Trouvés de Paris, les petits malades étaient nommés *enfants durs* (3) ; à Lyon, *durets* (4).

Les parties engorgées, les extrémités, quelques régions d'un ou de plusieurs membres, le dos, l'hypogastre, peuvent offrir des indurations partielles (5). Hulme avait remarqué des

(1) *Archives*, 5e série, t. I, p. 546.

(2) P. 341.

(3) Andry.

(4) Richard ; *Maladies des Enfants*, p. 475.

(5) Andry ; 3e, 5e, 6e Obs. — Auvity, p. 342. — Blanche, p. 10.

sàillies arrondies, circonscrites, quelquefois allongées [1]. M. le Dr Borchard a constaté chez plusieurs sujets l'existence de ces espèces de noyaux indurés, et il en a déduit des considérations qui peuvent avoir de l'intérêt sous le rapport médico-légal [2].

Les régions dorsales des mains et des pieds étant tuméfiées, donnent sous le doigt la sensation de l'œdème, tandis que les autres parties sont très-dures [3].

L'endurcissement s'étend, dans les cas graves, à toute l'étendue du tissu cellulaire. La face, le dos, le pubis, les parties sexuelles, les membres, en sont alors affectés.

La dureté varie. Quelquefois elle n'est pas telle qu'une pression forte ou continue, comme celle des vêtements, ne laisse une empreinte assez marquée. Ordinairement les tissus semblent pris en masse et comme congelés. On ne pourrait faire exécuter aucun mouvement de glissement de la peau. Cependant, cette résistance est souvent moindre en certains endroits, à l'abdomen par exemple, qu'aux membres [4]. Elle est rare aux paupières, aux bourses, là où le tissu cellulaire est lâche et dépourvu de graisse [5].

Cette dureté affecte chez quelques enfants la face et principalement les joues, où l'on sent comme une boule solide.

Du reste, l'induration est un phénomène extrêmement manifeste pendant la durée de la maladie. Elle peut diminuer vers la fin sans que l'issue de celle ci en soit rendue plus favorable [6]. Elle n'est point un résultat de l'agonie, ou de la mort et du refroidissement cadavérique, comme l'a prétendu Valleix.

4° Un phénomène presque aussi constant que l'induration est le *refroidissement* des parties affectées. C'est surtout aux membres inférieurs que ce symptôme apparaît de la manière

[1] *Mém. de la Soc. roy. de Méd.*, t. IX, p. 404.
[2] *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 1858, p. 223.
[3] Elsaesser, p. 540.
[4] Léger, p. 19.
[5] Troccon; *Journ. de Méd.*, 1815, t. III, p. 283.
[6] Michaelis, p. 27.

la plus sensible. Il a lieu, sans être très-prononcé, dans les cas légers ([1]). Le thorax peut conserver encore une chaleur presque normale ([2]). Les exemples de conservation générale de la température ordinaire doivent passer pour des exceptions, tant ils sont rares ([3]). Il peut exister alors une complication de nature inflammatoire, comme une pneumonie.

L'enfant refroidi ne se réchauffe qu'à la manière d'un corps inerte, c'est-à-dire par la pénétration extérieure du calorique; et dès que l'on cesse d'entretenir celui-ci, le froid ne tarde pas à se reproduire.

On a cherché à déterminer exactement, par le moyen du thermomètre, les différences de températures que le toucher avait fait reconnaître.

Bednar a vu le mercure descendre de 28 à 25° et même à 21° Réaumur ([4]).

Les observations de M. Henry Roger portent un cachet d'exactitude qui doit les faire accueillir avec une grande confiance.

La température normale chez les enfants de un à sept jours est en moyenne de 37°08 centigrade. M. Roger l'a trouvée, chez 19 enfants atteints de sclérème, inférieure à 33 degrés, et chez 7 autres au-dessous de 26.

Ainsi, lorsque dans la plupart des maladies le thermomètre ne présente que de faibles variations, ici on a pu constater un abaissement de 10 ou 11°.

M. Roger a trouvé des différences selon les parties examinées. Aux pieds, la température a varié de 25 à 31°; aux mains, de 24 à 29°; aux aissèles, de 22 à 33°; dans la bouche, de 22 à 26° ([5]).

M. Elsaesser a fait aussi quelques recherches thermométriques. Il a vu le thermomètre de Réaumur ne marquer que

([1]) Blanche p. 10.
([2]) Auvity, p. 342.
([3]) *Ibid.*, p. 343.
([4]) Goupil, p. 12.
([5]) *Archives*, 1845, 4e série, t. VIII, p. 17.

20° sous l'aissèle, et 23, 19 et 17° dans la bouche; tandis que chez des enfants sains placés dans le même milieu, le même thermomètre donnait 24° dans la bouche et 27 sous le creux axillaire [1].

Le refroidissement réel est donc un phénomène des mieux constatés. Il a lieu dans toutes les saisons.

5° Le petit malade est ordinairement dans une *immobilité* complète; ses yeux, sa bouche, sont inanimés; il semble assoupi. Cependant, quand on l'observe quelques instants, on le voit soulever légèrement les paupières, comme pour annoncer qu'il ne dort pas ou qu'il n'est pas encore mort.

L'immobilité est d'autant plus grande que l'induration est plus générale; mais quelquefois, malgré cette rigidité, il se produit de petits mouvements spasmodiques, soit de la mâchoire inférieure, soit des lèvres, soit des membres [2].

6° Lorsque la maladie commence, l'enfant pousse de temps à autre quelques *cris plaintifs*. Mais quand le mal a fait des progrès, on n'entend qu'un *son faible, grêle,* peu distinct [3].

7° La *respiration* est ordinairement courte, gênée; elle s'opère plus par les mouvements du diaphragme que par ceux du thorax, qui semble immobile. La position horizontale, une pression quelconque, paraissent augmenter la gêne de la respiration. Dugès a remarqué quelquefois une espèce de léger hoquet [4]; mais on ne distingue ni bâillements ni efforts d'inspiration [5].

La respiration est un peu accélérée. M. Blanche a compté de 25 à 30 inspirations par minute. Deux fois il y en avait 45 [6]. M. Roger les a vu varier de 14 à 59 [7].

(1) *Archives*, 5e série, t. I, p. 541.

(2) Andry. — Dugès.

(3) Je crois que l'expression de *stridulum*, employée par Hulme (p. 404), n'est pas exacte. L'enfant ne pousse pas un son bruyant; celui que j'ai entendu était plutôt étouffé.

(4) Thèse, p. 85.

(5) Michaelis, p. 36.

(6) P. 14.

(7) *Archives*. 4e série, t. VIII, p. 19.

La percussion donne parfois plus de sonorité d'un côté que de l'autre. Il y a souvent de la matité en arrière.

On a observé un léger bruit de souffle expansif, quelquefois suivi d'un temps d'arrêt, auquel l'expiration succédait (1). On n'a pas remarqué de râle crépitant (2).

8° Le *pouls* est en général très-petit, difficile à compter, et souvent l'engorgement du tissu cellulaire de l'avant-bras ajoute à cette difficulté. Lorsqu'on peut le compter, on trouve d'assez grandes différences. M. Roger l'a vu varier de 60 à 140 (3). M. Elsaesser a plusieurs fois trouvé 80 pulsations (4).

Les *battements du cœur* sont également peu appréciables. M. Blanche a trouvé qu'ils se répétaient de 70 à 90 fois par minute (5).

9° La *langue* est souvent rouge dans toute son étendue ou sur ses bords, ou couverte d'un enduit muqueux. Elle est sèche. L'enfant ne prend le sein qu'avec peine. La *déglutition* est difficile. Le lait est parfois rejeté par les narines (6). Les boissons sont vomies peu de temps après leur ingestion. Il y a souvent de la *diarrhée*, surtout vers la fin. M. Elsaesser a observé une abondante émission d'urine, qui était très-albumineuse (7).

10° La *nutrition* est non-seulement enrayée, mais diminuée notablement. L'enfant perd rapidement de son poids. Cette perte peut être, en peu de jours, selon Elsaesser, de 200 à 300 grammes. Un enfant né avant terme, qui pesait à sa naissance 4 livres 3 onces, ne pesait plus après la mort que 2 livres 2 onces et demie (8).

11° Divers symptômes peuvent apparaître encore vers la fin de la maladie. On a vu des bulles se former sur les extré-

(1) Blanche, p. 13.
(2) *Ibid.*, p. 14.
(3) *Archives*, 4e série, t. VIII, p. 19.
(4) *Archives*, 5e série, t. I, p. 541.
(5) Thèse, p. 11 et 14.
(6) Troccon, p. 61.
(7) *Archives*, 5e série, t. I, p. 541.
(8) *Ibid.*, 5e série, t. I, p. 540.

mités [1], ainsi que des taches gangréneuses. On a observé la gangrène des lèvres [2].

D. — *Variétés du sclérème aigu.*

Il est des symptômes constants; ce sont l'induration, le refroidissement et la torpeur. Les autres phénomènes présentent des différences selon les sujets, et surtout selon les degrés d'intensité et selon les localisations spéciales du sclérème.

M. Blanche a pu distinguer un sclérème léger et un sclérème grave. Le premier affecte les extrémités, n'empêche pas la nutrition, permet à l'enfant de crier, d'exécuter quelques mouvements; le second anéantit les forces en s'étendant à presque toute la surface, qui est comme congelée; il s'accompagne de spasmes et cause rapidement la mort.

Une autre distinction, qui s'appuie principalement sur les recherches nécroscopiques, fut signalée en premier lieu par Dugès. Elle a été confirmée par M. Denis, par Billard, par Valleix, par M. Pastorella et par d'autres observateurs. Elle résulte de la différence des éléments organiques principalement affectés, le siége spécial de la maladie étant soit dans le tissu cellulaire proprement dit, soit dans le tissu adipeux. Ces deux systèmes, juxta-posés sous le derme, peuvent être affectés isolément par le sclérème. Lorsque c'est le tissu cellulaire, la maladie commence par un engorgement œdémateux. Quand c'est le tissu adipeux, l'induration parvient de suite au plus haut degré.

Cette distinction est importante. Le sclérème œdémateux dépend assez souvent de l'impression du froid humide. Il affecte d'abord les extrémités inférieures, qui se refroidissent et prennent une teinte violacée. Le gonflement est assez considérable, et la distension des téguments sur le dos du pied leur donne comme une demi-transparence. La dureté n'est pas très-grande. La pression du doigt laisse une empreinte

(1) Blanche, p. 13.

(2) Trocrou, p. 46.

dans les commencements. L'enfant peut exécuter quelques légers mouvements et crier, quoique faiblement.

La seconde variété, qu'on a nommée endurcissement adipeux, ou concret, ou compacte, se distingue par une grande dureté dès le début ; on dirait du suif figé. Il n'y a ni empâtement ni élasticité. Le froid des parties affectées est très-grand, la roideur très-marquée ; la couleur en est blanche, terne, comme celle de la vieille cire. Aux membres, cette teinte est plutôt violacée. Cette variété du sclérème affecte surtout les parties où le tissu adipeux est le plus abondant, comme les joues, les fesses, le dos, le côté externe des membres. Elle s'accompagne souvent des indices d'une congestion pulmonaire.

La variété œdémateuse est fréquente en France et en Italie. La variété adipeuse paraît être plus commune en Angleterre. C'est celle-ci qui a servi de type aux descriptions de Hulme et d'Underwood.

Lorsque les deux variétés coïncident, il en résulte un sclérème séro-adipeux, comme l'appelle M. Denis.

Valleix, après avoir adopté les idées de Dugès et de Billard sur la division du sclérème en œdémateux et adipeux, est allé plus loin. Il a voulu faire de ces deux variétés deux espèces, ou plutôt deux maladies très-différentes. Il a considéré la première comme un simple œdème constituant l'une des manifestations de l'asphyxie lente à laquelle le nouveau né est sujet ; la seconde, comme un phénomène plutôt cadavérique que morbide, n'ayant rien de commun avec l'autre (1). D'après Valleix, ce sclérème adipeux devrait donc être rayé du cadre nosologique.

Cette opinion a été examinée et discutée par M. Thirial (2). Elle pèche en ce qu'elle est trop absolue. D'une part, l'œdème n'est point précédé d'une véritable asphyxie. La respiration est faible, mais elle s'opère. Le sclérème est quelquefois partiel, tandis que l'asphyxie devrait exercer une influence gé-

(1) *Maladies des Enfants*, p. 641.

(2) *Journ. de Méd.* de Trousseau, 1845, p. 137.

nérale. D'autre part, l'endurcissement adipeux n'est point un effet de l'extinction de la vie, ce n'est point un phénomène cadavérique. On l'a vu se produire très-distinctement plusieurs jours avant la mort. D'ailleurs il s'est aussi montré comme phénomène initial de la maladie. En définitive, la coexistence fréquente des deux sclérèmes les rapproche très-réellement et n'en forme alors qu'une seule et même maladie, offrant aux joues, aux fesses, l'endurcissement adipeux; aux pieds et aux jambes, l'induration séreuse ou œdémateuse.

E. — *Durée, terminaison du sclérème aigu.*

Le sclérème est une maladie essentiellement aigüe. Elle ne dure ordinairement qu'un septenaire. Elle peut persister pendant le deuxième. Liberali l'a vue exister jusqu'au dix-huitième, au vingtième jour, et, dans un cas exceptionnel, jusqu'au cinquantième [1].

Lorsque l'enfant doit guérir, les parties affectées perdent de leur dureté, les articulations s'assouplissent, le froid devient moins intense, la coloration plus vermeille, la respiration plus complète et le pouls plus distinct.

Le sclérème ne produit jamais de suppuration

La mort s'annonce par l'augmentation de la torpeur, par l'impossibilité d'avaler, par les mouvements spasmodiques de la mâchoire, par la diarrhée. Cette terminaison funeste a lieu du deuxième au quatrième jour, et quelquefois les jours suivants jusqu'au douzième [2].

F. — *Complications du sclérème aigu.*

1° Une complication très-fréquente du sclérème est l'ictère, lequel se manifeste à des degrés divers [3];

2° L'érysipèle se montre quelquefois à la partie supérieure

(1) *Journ. universel*, t. XXX, p. 262.

(2) Blanche, p. 16.

(3) Dugès, Billard, Blanche, Elsaesser.

des cuisses, aux parties sexuelles, à l'ombilic; il forme une complication grave et assez fréquente ([1]);

3° M. Elsaesser a vu cinq fois le pemphigus coïncider avec le sclérème aigu ([2]);

4° L'ophthalmie purulente a été observée par Andry ([3]);

5° Le muguet est encore une maladie du nouveau né qui peut s'allier au sclérème ([4]);

6° La gastro-entérite a été constatée par M. Denis, et par Billard, un grand nombre de fois ([5]);

7° La pleuro-pneumonie, ou plus fréquemment la congestion pulmonaire, se montre dès le principe ou dans le cours du sclérème. La matité à la percussion en donne l'indice le plus positif;

8° La syphilis peut aussi compliquer le sclérème sous la forme de pustules et de divers autres symptômes caractéristiques.

C. — *Anatomie pathologique du sclérème aigu.*

Le cadavre est encore roide ([6]); sa surface semble quelquefois comme ecchymosée ([7]), rougeâtre ou bleuâtre ([8]); les vaisseaux contiennent en abondance un sang noir et fluide ([9]).

La peau offre en certains endroits une teinte jaunâtre; elle peut être marbrée de plaques rougeâtres, livides, violacées et irrégulières. Souvent la pression exercée sur ces plaques en diminue la rougeur ([10]).

Le tissu du derme divisé paraît plus dense que dans l'état normal; il fournit de la sérosité à la pression ([11]).

([1]) Blanche, p. 15. — Pastorella, Elsaesser, Hervieux.
([2]) *Archives*, p. 542.
([3]) 3e et 8e Observations.
([4]) Dugès, p. 86. — Blanche, p. 15.
([5]) Cinquante fois sur soixante-dix-sept. (Billard; *Maladies des Enfants*, p. 204.)
([6]) Excepté aux articulations du pied et du poignet, dit Troccon, p. 23.
([7]) Auvity, p. 346.
([8]) Elsaesser, p. 543.
([9]) Michaelis, p. 19. — Billard, p. 205.
([10]) Troccon, p. 23.
([11]) Caeppers, p. 13.

Le tissu cellulaire est épaissi et résistant. Ses aréoles sont distendues par une sérosité transparente, visqueuse, comme albumineuse, rosée ou jaunâtre, qu'on voit ruisseler du tissu intermédiaire aux aponévroses et à la couche adipeuse sous-cutanée. Elle se coagule spontanément à l'air, d'après M. Chevreul [1]. M. Elsaesser n'a pas confirmé cette observation [2]. Ce fluide paraît avoir beaucoup d'analogie avec le sérum du sang [3].

Dans les interstices des fibres du tissu lamineux se trouve une matière composée de granules fins et de formes variées.

L'altération du tissu cellulaire ne se borne pas à celui qui correspond à la face interne du derme ; elle pénètre aussi dans les intervalles intermusculaires, et quelquefois jusque dans les muscles eux-mêmes [4]. Mais souvent le tissu cellulaire épaissi, induré, se sépare très-nettement des aponévroses et des muscles [5].

Le tissu adipeux a un aspect tout particulier. Ses grappes de vésicules sont remplies d'un fluide jaunâtre, dense, qui a été comparé par Andry à la graisse des cochons ladres [6]. Il contient beaucoup de stéarine [7].

Tantôt cette matière est solide et presque sèche, tantôt elle plonge au milieu du fluide séreux qui vient d'être indiqué. Cette différence s'explique par la prédominance relative des variétés purement adipeuse ou séro-adipeuse.

Là où le tissu adipeux forme une agglomération, comme à la joue, dans l'orbite, à la fesse, au pudendum, cette matière est solide, semblable à du suif. A la joue surtout, elle re-

(1) Chevreul ; *Considérations générales sur l'analyse organique*. Paris, 1824, p. 218. — Billard, p. 194.

(2) *Archives*, 5e série, t. 1, p. 542.

(3) Léger, p. 27.

(4) Auvity, p. 347. — Breschet ; *Bullet. de la Soc. d'émulation*, p. 176. — Denis, p. 37. — Michaelis, p. 32.

(5) Troccon, p. 24.

(6) *Mém. de la Soc. royale de Méd.*, t. VII, p. 211.

(7) Denis, p. 38.

présente une sorte de boule pyriforme très-distincte. Elsaesser a vu au-dessous une matière gélatiniforme ([1]).

Quelquefois les ganglions lymphatiques des aines, des aissèles, ont été trouvés engorgés ([2]).

Les vaisseaux de la tête se sont montrés pleins de sang, même ceux des os du crâne ([3]), ainsi que les sinus de la dure-mère ([4]). On a trouvé du sang extravasé à la base du crâne et dans le canal rachidien ([5]). Le cerveau était mou, jaunâtre, imbibé de sérosité.

Il y avait quelquefois des adhérences entre les plèvres. Le thymus a paru volumineux. J'ai vu les poumons gorgés de sang et comme ecchymosés. Ils étaient d'un noir foncé. On a pu croire quelquefois qu'ils étaient gangrenés; mais la division de leur tissu ayant fait écouler le sang qu'ils contenaient, leur parenchyme exprimé a paru presque normal.

Hulme avait cru à un état réel de pleuro-pneumonie; mais il y a une grande différence entre l'hépatisation et les effets de la congestion, bien que celle-ci puisse rendre le tissu pulmonaire compacte et plus pesant que l'eau.

On a observé que les deux poumons étaient rarement affectés au même degré; le plus souvent c'était le gauche suivant Palletta, et le droit d'après Breschet et Billard.

Enfin, les deux poumons ont été trouvés sains un grand nombre de fois par Dugès, Billard, Blanche, Liberali, etc.

Le cœur s'est montré volumineux, ayant ses cavités, surtout l'oreillette droite, distendues par un sang noir, et plus souvent fluide que coagulé.

Le trou de Botal était largement ouvert d'après Heyfelder ([6]), Breschet ([7]), Léger ([8]) et Michaelis ([9]). J'ai observé la

([1]) *Archives*, 5e série, t. I, p. 542.
([2]) Troccon, p. 24. — Denis, p. 38.
([3]) Palletta, p. 295.
([4]) Troccon, p. 26.
([5]) Michaelis, p. 40.
([6]) Cooppers, p. 14.
([7]) *Bullet. de la Soc. méd. d'émul.*, 1822, p. 176. — *Journ. général*, t. XIX, p. 245.
([8]) Thèse, p. 16.
([9]) *De induratione telæ cellul.* Kil. Hols., 1825, p. 39.

conservation du trou de Botal ainsi que celle du canal artériel ([1]). Mais cette disposition n'est pas constante. Au rapport de Léger, le trou de Botal n'est quelquefois qu'à demi-ouvert (IIe Obs.) ou à peine entr'ouvert (IIIe Obs.). Billard a trouvé cette ouverture fermée chez 40 individus sur 77. Blanche en a constaté la conservation deux fois, un commencement d'occlusion six fois, et une complète oblitération seize fois ([2]). Le canal artériel était très-large, selon Breschet. Mais Dugès, Billard, Blanche l'ont trouvé fréquemment rétréci ou oblitéré.

Palletta a rencontré dans le péritoine une sérosité roussâtre ([3]). M. Denis, M. Blanche, ont observé des indices de gastro-entérite. M Elsaesser a vu les intestins hypérémiés ([4]).

M. Léger avait cru remarquer que chez un assez grand nombre d'enfants morts du sclérème, le tube intestinal était plus court que dans l'état normal. Cette particularité n'a point été constatée par Billard, Valleix, Liberali.

Dans divers cas on a trouvé le foie rouge ou ardoisé, volumineux ([5]), gorgé de sang; la râte petite; les reins volumineux et rouges ([6]).

II. — *Physiologie pathologique du sclérème aigu.*

On s'est efforcé de trouver la cause intime et le mécanisme en vertu desquels se produit le sclérème aigu. Les détails dans lesquels je viens d'entrer serviront à réduire les diverses hypothèses émises à leur juste valeur.

1° Cette maladie n'est point un effet de la syphilis, comme le pensait Doublet;

2° Elle n'est pas la conséquence d'une pneumonie, comme le voulait Hulme;

3° Elle n'est pas le résultat d'une gastro-entérite;

([1]) Voyez aussi dans *la Clinique*, t. III, p. 247, une coincidence de sclérème et de cyanose.
([2]) P. 24.
([3]) P. 295.
([4]) P. 543.
([5]) Elsaesser, p. 543.
([6]) Troccon, p. 27.

4° Elle n'est pas la suite d'une lésion du foie et de la sécrétion de la bile augmentant la plasticité des fluides (1);

5° Elle ne résulte pas de la non-occlusion du trou de Botal et du canal pulmo-aortique (2);

6° Elle ne dépend pas d'une asphysie lente du nouveau né;

Puisque :

1° La syphilis n'est qu'une coïncidence assez rare;

2° Les poumons sont souvent sains, et plutôt congestionnés qu'enflammés;

3° L'estomac et les intestins sont fréquemment dans un état normal;

4° L'ictère est une simple complication, et les lésions du foie sont rares ou peu importantes;

5° On a trouvé souvent le trou de Botal et le canal artériel plus ou moins complétement oblitérés;

6° Enfin, les enfants ont réellement respiré, leurs poumons se sont dilatés dès l'instant de la naissance, et si l'asphyxie a eu lieu, elle était plutôt l'effet que la cause de la maladie.

Considérons les circonstances dans lesquelles le sclérème aigu se produit. Un être qui avait vécu d'une vie d'emprunt, et qui avait été protégé de toutes parts contre les influences extérieures, est subitement abandonné à lui-même et entouré d'agents nouveaux qui impressionnent péniblement ses organes. Est-il faible ou ces impressions sont-elles intenses et prolongées, il en éprouve de funestes effets. Il ne résiste qu'avec peine aux différences si considérables des milieux qu'il traverse. M. Hervieux a parfaitement étudié cette influence directe amenant l'*algidité progressive* des nouveaux nés (3). Le ralentissement graduel de la circulation et de la respiration, l'abaissement de plus en plus sensible de la chaleur animale, la consomption, l'extinction successive de la vie, forment les caractères distinctifs de cet état, qui n'est pas le sclérème, mais qui est fréquemment l'un de ses éléments.

(1) Henke. — Bérends. — Cueppers, p. 21.
(2) Breschet. — Heyfelder.
(3) *Archives*, 5e série, t. VI, p. 559.

Le sclérème, en effet, suppose une tentative de réaction. Cet afflux vers la périphérie, cette injection des capillaires cutanés, cette tuméfaction, cette induration des tissus, attestent un effort organique, une congestion, et même, lorsque l'érysipèle complique le sclérème, un travail phlegmasique spécial.

Le sclérème est donc une affection complexe, tandis que l'algidité progressive est un état plus simple, un résultat plus directement physique des influences extérieures.

Le sclérème congénital ne réclame nullement le concours de ces influences; il rend, au contraire, évident l'afflux des fluides et l'engorgement primitif des tissus.

Cet état congestif ne donnerait toutefois qu'une idée insuffisante du sclérème. La maladie se produit si la réaction provoquée et commencée ne peut aboutir; si elle s'épuise en efforts inutiles; si les fluides accumulés ou extravasés sont comme saisis et congelés; si la circulation locale s'arrête en même temps que la caloricité décroît et que la vitalité s'éteint.

Mais cette impuissance de la réaction fait supposer ou que la cause perturbatrice possédait une grande énergie, ou que les forces de l'organisme, déjà épuisées, n'ont pu subvenir aux frais d'un travail efficace.

En résumant ces diverses circonstances, on reconnaît donc, comme éléments du sclérème, une débilité primitive ou acquise du nouveau né, une réfrigération momentanée ou soutenue, des congestions dirigées à l'intérieur et vers la périphérie, des réactions devenues bientôt insuffisantes, un décroissement rapide de la calorification, de la circulation, de la respiration et de l'innervation, abandonnant l'organisme aux lois générales de la nature inanimée.

I. — *Diagnostic du sclérème aigu.*

Les phénomènes principaux du sclérème aigu ayant été exposés avec assez de détails, il suffira de rappeler ceux qu'on peut regarder comme les plus significatifs; ce sont : la naissance très-récente du sujet, son exposition à l'action du froid,

une teinte jaunâtre, pâle ou livide de sa peau, un engorgement avec induration, et une notable réfrigération de diverses parties, principalement des extrémités et de la face, enfin un état général de torpeur.

1° C'est en ayant égard à ces données que j'ai dû exclure, de l'ensemble des faits sur lesquels s'appuie l'histoire de l'endurcissement du tissu cellulaire, quelques observations publiées sous ce titre. Telles sont celles de Naudeau [1], sur des enfants de plus de trois mois, chez lesquels les articulations des membres jouissaient d'une grande mobilité; deux de celles que Bard a recueillies [2], ayant pour sujets des enfants de trois mois et d'un an; une autre consignée dans la Thèse de M. Barbaud [3], consistant en une simple induration de la région pubienne dissipée le troisième jour; une autre enfin donnée par M. Puel fils, dans laquelle l'enfant, ayant eu des engorgements glanduleux, ne présenta aux parties affectées ni la dureté, ni le froid caractéristiques [4].

Il n'existait, dans ces divers cas, qu'une infiltration séreuse. Billard et Valleix, en rattachant le sclérème à l'œdème, ont autorisé cette confusion, qui aurait l'inconvénient grave d'ôter à l'histoire de la première de ces maladies le cachet propre qu'il importe de lui laisser.

2° Une autre affection avec laquelle le sclérème a souvent été confondu, est l'*érysipèle des nouveaux nés*. Des analogies très-remarquables rapprochent ces maladies. Elles s'observent dans les premiers jours de l'existence; elles peuvent résulter des vicissitudes atmosphériques; elles déterminent du gonflement, une altération notable de la coloration normale, plus ou moins de rénitence. Elles sont l'une et l'autre très-graves, et à l'examen cadavérique on rencontre des lésions locales plus ou moins semblables [5].

(1) *Mém. de la Soc. roy. de Méd.*, t. IX, p. 412.

(2) *Journ. général de Méd.*, 1815, t. LIV, p. 62.

(3) Thèses de Paris, 1822, n° 27.

(4) *Exposé des travaux de la Soc. des Sciences médicales de la Moselle*, 1856, p. 85.

(5) Benedicks; *De tela cellulosa induratione*, p. 30. — Bang; *Acta regiæ Soc. Hauniensis*, t. V, p. 259.

Ce sont ces analogies, et la rareté des faits bien observés de sclérème, qui ont porté les médecins allemands Hufeland [1], Goëlis [2], Horn [3], etc., à considérer celui-ci comme identique avec l'érysipèle des nouveaux nés, ou comme n'en constituant qu'une simple variété.

Cette doctrine n'obtint cependant pas un assentiment général. Lodemann s'efforça de prouver que les dix-sept malades observés par Horn n'étaient point atteints d'endurcissement du tissu cellulaire, mais d'un véritable érysipèle [4].

Les discussions de Lodemann et de Horn avaient jeté sur ce sujet une telle incertitude, que les médecins ne savaient plus à quelle dénomination recourir, et que, de crainte de se tromper, ils les employaient toutes deux. Tel était Sybel de Brandenbourg, publiant un fait sous ce titre : *Observation d'un érysipèle ou d'un endurcissement du tissu cellulaire des nouveaux nés* [5]. Ce fait appartenait bien à l'érysipèle; mais, vers la fin de la maladie, il survint une induration. Il est arrivé souvent aussi que, lorsque le sclérème était peu intense et le malade peu affaibli, les toniques, les stimulants employés, provoquaient une réaction plus ou moins vive et une inflammation érysipélateuse (Dugès). Mais ces états morbides n'en restaient pas moins fort distincts.

En effet, l'érysipèle détermine une rougeur plus ou moins vermeille ou rosée, circonscrite et diminuant par la pression. Le gonflement a des limites distinctes; il est toujours assez considérable. Il se propage du point où il s'est montré vers les parties voisines. Il commence plutôt vers le tronc que vers les extrémités. Il paraît douloureux. Il y a de la chaleur dans les parties tuméfiées; souvent une chaleur générale, de la sécheresse, de la soif, de la fièvre. Fréquemment il se forme des phlyctènes sur les points les plus enflammés. Quand l'enfant

(1) Baerman; *De telæ cellularis induratione*. Berolini, 1825, p. 11.
(2) *Gaz. méd.-chir. de Salzbourg*, 1812. (*Journ. de Leroux*, t. XXXII, p. 147.)
(3) *Journ. d'Hufeland*. (*Bibl. méd.*, t. XXXV, p. 128.)
(4) *Journ. d'Hufeland*. (*Bibl. méd.*, t. XXXVII, p. 395.)
(5) *Journ. d'Hufeland*, novembre 1811.

guérit, l'exanthème se termine par desquamation ; il peut aussi se terminer par suppuration, par gangrène. L'érysipèle coïncide souvent avec une gastro-entérite ou une péritonite. Sa durée est généralement plus longue que celle du sclérème (1).

Il est facile de saisir le contraste qui existe entre ce tableau et celui qui vient d'être fourni par l'observation attentive du sclérème.

Lorsque Tanchou présenta, sous le titre d'*endurcissement du tissu cellulaire,* une observation à la Société médicale d'Émulation, M. Desruelles, dans son rapport, fit très-bien remarquer qu'il ne s'agissait que d'un érysipèle compliqué de péritonite (2). Il en est de même à l'égard de celui que M. Marinus publiait dans les *Annales physiologiques* (3) ; c'était un érysipèle phlegmoneux. On peut en dire autant de celui qui, bien qu'intitulé par M. Vancuyk *endurcissement du tissu cellulaire,* était considéré par ce praticien lui-même comme un érysipèle (4). Tels sont encore d'autres exemples d'érysipèles œdémateux (5), d'érysipèles gangréneux (6), qui ont été mis parmi les cas de sclérème, parce que les tissus affectés offraient de la rénitence, une certaine dureté. Mais ce caractère ne suffit pas.

La confusion n'est guère possible qu'entre l'érysipèle et le sclérème œdémateux. La variété adipeuse en diffère tellement, qu'il est inutile d'insister sur ce point.

3° Le *tétanos,* le *trismus* des nouveaux nés, présente de l'analogie avec le sclérème, à cause de la roideur générale, du resserrement des mâchoires, des petits mouvements spasmodiques qui se manifestent au plus haut degré d'intensité de cette dernière affection. Mais le tétanos ne s'accompagne ni de gonflement, ni de lividité, ni de froid. La rigidité musculaire ne ressemble pas à l'induration des tissus sous-cutanés. Néan-

(1) Haselberg ; *De induratione telæ cellulosæ neonatorum.* Gœtting., 1808.

(2) *Bullet. de la Soc. méd. d'émulation,* mars 1823, t. I, p. 137 et 148.

(3) *Annales de la Méd. physiol.,* t. VIII, p. 418.

(4) *Ibid.,* p. 422.

(5) Valleix ; *Mal. des Enfants,* p. 638.

(6) *Journ. de Méd. de Bordeaux,* 1847.

moins, Lodemann nous apprend que Joseph Frank, visitant l'hospice des Enfants-Trouvés de Paris et examinant plusieurs jeunes malades atteints de sclérème, ne vit entre cette maladie et le tétanos presque aucune différence [1].

K. — *Prognostic du sclérème aigu.*

Le sclérème est une maladie très-grave, très-souvent mortelle, même quand au début les symptômes n'avaient pas offert une grande intensité.

A Paris, le nombre des décès l'emporte toujours de beaucoup sur celui des guérisons. Il en est de même à Berlin [2]; tandis qu'à Milan, sur soixante-deux enfants, Palletta ne compte que trois décès. M. Pastorella, qui avait eu d'abord trois morts sur quatre enfants, n'a ensuite perdu qu'un tiers de ses malades.

Il existe donc à cet égard d'assez grandes différences, selon les lieux, les années et les saisons.

Le prognostic sera toujours plus grave si l'enfant est né faible ou avant terme, s'il était jumeau, si les premiers soins ont été insuffisants, si l'induration est très-étendue, le froid intense, l'engourdissement profond, si le sclérème est concret ou adipeux, enfin si quelque complication s'est manifestée.

L. — *Traitement du sclérème aigu.*

Pour prévenir le sclérème aigu, on doit éviter de laisser l'enfant naissant se refroidir. Au lieu de l'abandonner, même quelques minutes, il faut le surveiller. Si on le transporte d'un lieu dans un autre, il faut l'envelopper de vêtements chauds, et ne pas tarder à lui donner de bon lait.

Quand on s'aperçoit du développement de la maladie, on redouble de soins, on place l'enfant dans une chambre d'une température de 15 à 16 degrés centigrades; de temps à au-

[1] *Bibl. méd.*, t. XXXV, p. 394.
[2] *Ibid.*, t. XXXIII, p. 235.

tre, on l'expose, sans trop l'approcher, devant un feu clair, en le changeant de moment en moment de position; il faut toujours tenir sa tête assez haute, éviter de comprimer le tronc et les membres, et leur laisser quelque liberté en les enveloppant de ouate et de flanelle. On peut faire des frictions avec des mains douces et chaudes [1], et exercer une sorte de massage sur les parties engorgées, dures et froides.

M. Legroux a présenté des remarques pratiques d'un grand intérêt sur l'utilité du massage et de l'excitation musculaire dans le sclérème aigu [2], et il a décrit avec soin le procédé à l'aide duquel il a sauvé un grand nombre d'enfants. Les succès de ce traitement tiennent en grande partie à l'époque peu avancée de la maladie. Dans les hospices d'enfants trouvés, c'est presque toujours après bien des heures d'invasion du sclérème que les efforts de l'art commencent. Ce n'est pas un motif pour ne pas essayer d'obtenir les mêmes succès que M. Legroux, en pratiquant des frictions, des pressions douces et méthodiques sur les membres, sur le thorax, en sollicitant et rendant plus complètes les inspirations et les expirations, en faisant exécuter aux membres des mouvements de flexion et d'extension, etc. [3]. M. Hervieux, en insistant sur l'utilité des procédés employés par M. Legroux, fait remarquer qu'ils s'adressent directement à l'algidité progressive, élément premier de la maladie [4]. Enfin, on ne doit pas oublier de présenter très-souvent le sein d'une bonne nourrice.

On a eu recours aux bains tièdes, aux bains aromatiques. On a trouvé les bains de vapeur plus efficaces. Souville y faisait exposer les enfants sur une claie d'osier, et on les retournait dans tous les sens [5]. Ce moyen, tout à fait primitif, a été remplacé par des appareils plus ingénieux, employés aux Enfants-Trouvés. Les enfants sont mis, au nombre de six à

(1) Marzari; *Rep. Med. di Taur.* (*Revue méd.*, 1826, t. IV, p. 465.)

(2) *Bullet. de la Soc. méd. des Hôpit.*, 1856, n° 3, p. 118. — *Gaz. des Hôpit.*, 1857, p. 181.

(3) *Considérat. sur la nature et le traitement du sclérème et de l'asphyxie.* Paris, 1857.

(4) *Bullet. de Thérap.*, t. L, p. 268.

(5) *Ancien Journ. de Méd.*, t. LXXVII, p. 66.

douze, sur un hamac, placé lui-même dans une sorte d'étuve vitrée. Ils y sont laissés environ vingt minutes ; ils y éprouvent une sorte de bien-être. En en sortant, ils prennent le sein plus volontiers (1).

Valleix craint que ce bain de vapeur, dont la température peut aller jusqu'à 36 ou 40 degrés, ne produise des congestions funestes. L'emploi de ce moyen exige une grande surveillance et une certaine habitude.

L'état de pléthore, la lividité de la peau, l'injection vasculaire constatée après les décès, ont donné l'idée de tirer du sang. Liberali et surtout Palletta (2) ont eu recours à l'application des sangsues sur les jambes ou sur les parois thoraciques. Cette méthode a paru très-efficace à ce dernier praticien. M. Léger, Valleix, en ont vu de bons résultats.

Frappé des succès de Palletta, je voulus tenter ce moyen en 1826, à l'hospice des Enfants-Trouvés. Le premier petit malade auquel on appliqua une seule sangsue sur l'épigastre, perdit une très-grande quantité de sang et ne tarda pas à succomber. Un second fut attentivement surveillé ; au bout de deux heures, le sang ayant été arrêté au moyen du crayon de nitrate d'argent, l'enfant guérit. Le même résultat fut plusieurs fois obtenu.

L'application d'une sangsue me paraît suffire, parce que l'émission sanguine doit être modérée. C'est dans le sclérème œdémateux que ce moyen est utile, surtout s'il existe des indices de congestion pulmonaire ou céphalique.

La pâleur, un froid intense, une dureté très-grande des parties affectées, en un mot les indices du sclérème adipeux ou concret, doivent faire exclure les émissions sanguines.

Andry et Auvity ont employé en pareil cas les vésicatoires aux jambes ; il serait peut-être mieux de les appliquer sur le thorax.

On s'est servi de fomentations avec la décoction de quinquina (3), de frictions avec les liniments camphrés, aromati-

(1) Dugès, p. 85.
(2) *Archives*, t. IX, p. 276. — *Bullet. des Sciences méd.*, t. X, p. 64.
(3) Clertan ; *Journal des Connaiss. méd. pratiq.*, nov. 1852, p. 91.

ques, etc. On a aussi employé des onctions avec la pommade mercurielle ([1]). Ces topiques ne valent pas le massage méthodique de M. Legroux.

Enfin, intérieurement, l'ipécacuanha a été mis en usage par Hulme, le calomel par Horn, une potion tonique par Chaussier ([2]). Mais, dans les cas graves, la déglutition s'exécute à peine; dans les cas légers, ces remèdes sont inutiles; et dans les uns et les autres, le mieux est de donner du lait. C'est pour le nouveau né le meilleur des toniques.

ÉRYTHÈME AIGU.

Le mot *érythème* a eu longtemps une signification très-vague. Employé par Hippocrate ([3]) comme synonyme de rougeur (*ἐρυθρος*, *rouge*), il a quelquefois servi pour désigner l'eczéma ([4]), l'hydrargyrie ([5]) et l'érysipèle. Ses rapports avec ce dernier ont été signalés par les pathologistes. Cullen l'a compris dans les inflammations érysipélateuses, qu'il a divisées en deux espèces : l'une dépendant d'une cause locale, c'est l'érythème; l'autre résultant d'une cause générale, c'est l'érysipèle ([6]). Mais le premier n'est pas toujours le résultat d'une cause directe ou immédiate, et il se lie parfois à des états morbides intérieurs ou constitutionnels ([7]).

L'érythème est une inflammation superficielle de la peau, le plus souvent apyrétique, caractérisée par une coloration rouge ou rosée et par une tuméfaction tantôt à peine sensible et diffuse, tantôt saillante et plus ou moins circonscrite, se terminant par résolution, avec ou sans desquamation furfuracée.

([1]) Cueppers, p. 80. — Drechsler; *Journ. des Connaiss. méd.-chir.*, t. XII, p. 159. — Pastorella ajoutait ensuite un bain et un lavage dans du lait chaud.

([2]) Eaux de menthe, mélisse et canelle. (Thèse de Trocon, p. 65.)

([3]) Aph. 49, sect. VII. *Épidém.*, liv. I, malade 14. (Trad. de Littré, t. II, p. 717.)

([4]) Marcet; *Méd.-chir. Trans.*, t. II, p. 78.

([5]) Rutter; *Edinb. Med. and Surg. Journ.*, t. V, p. 143.

([6]) *Méd. pratique*, trad. de Bosquillon, t. I, p. 216, § 275.

([7]) Willan; *On cutaneous diseases*, t. I, p. 472.

Willan, considérant les aspects divers sous lesquels l'érythème se présente, admit six variétés sous les noms de *fugax*, *læve*, *marginatum*, *papulatum*, *tuberculosum* et *nodosum*.

Bateman ajouta l'*intertrigo;* Biett, l'érythème *centrifuge;* M. Rayer, l'érythème *circiné;* Alibert, l'érythème *mamellé;* et d'autres espèces encore, comme l'acrodynie, la pellagre, les engelures, les brûlures.

Dans ces divisions se trouvent rangés sur le même plan les érythèmes aigus et les érythèmes à marche chronique. Je ne dois m'occuper ici que des premiers.

Ils peuvent être précédés ou accompagnés de phénomènes généraux qui dénotent ou un état de pléthore, ou une irritation des voies digestives, ou quelque autre coïncidence morbide. Les réactions sur le système nerveux sont rares.

La marche de ces érythèmes est continue; leur durée varie entre sept et trente jours.

Ils sont sujets à récidive. Ils peuvent revenir périodiquement, une ou deux fois par an [1], ou plus souvent encore [2].

La résolution est leur terminaison ordinaire.

L'érythème qui disparaît subitement avant d'avoir parcouru ses périodes est quelquefois suivi de diarrhée [3] ou d'autres états morbides plus graves.

Les divers érythèmes ne produisent jamais ni sérosité, ni matière purulente. Ils diffèrent donc essentiellement des exanthèmes vésiculeux et pustuleux. Mais on leur pourrait trouver quelques analogies avec la roséole, le lichen, et surtout avec l'érysipèle.

Toutefois la roséole est formée de taches petites, rouges, non saillantes, et généralement disséminées. Le lichen présente des papules multipliées, petites et distinctes. L'érysipèle, qui

(1) Alibert; *Monogr. des dermatoses*, p. 11.

(2) Dix fois en deux ans. (Gouin; *Propositions sur les maladies de la peau*. Paris, 1833, n° 95, p. 12.)

(3) Devergie, p. 180.

ressemble à l'érythème par sa couleur, en diffère par une tuméfaction plus considérable et uniforme, par une tendance constante à l'extension, et aussi par la gravité.

L'érythème aigu se présente sous deux aspects différents. Il est étendu, mais très-peu saillant; ou bien il forme des saillies prononcées, mais peu étendues. Le premier peut être appelé *diffus*, et le second *circonscrit*.

§ I. — ÉRYTHÈME AIGU DIFFUS.

1° L'érythème diffus est souvent le résultat de l'action directe d'une substance irritante, comme un rubéfiant, par exemple, la moutarde, l'eau chaude ; il peut être produit par une solution de continuité avec corps étrangers ou par la piqûre d'un insecte venimeux.

2° L'insolation en est parfois la cause.

3° Une pression soutenue le provoque et peut l'entretenir; c'est la variété à laquelle on a donné le nom de *paratrimma*. On l'observe aux régions sur lesquelles le corps repose longtemps dans les maladies, par exemple à la peau qui recouvre le sacrum ou les trokanters. La rougeur est vive ou livide, selon l'état général de l'individu. Cet érythème, dont la cause est sans doute locale, est positivement subordonné aux états morbides qui obligent à garder le lit. A la phlegmasie peut succéder la gangrène, si l'hyposthénie vasculaire est très-prononcée.

4° Le contact mutuel de deux surfaces cutanées, comme au pli de l'aine, etc., peut y faire naître un érythème qu'on nomme *intertrigo*, lequel passe souvent à l'état chronique.

5° Une partie distendue, affaiblie, se laisse aisément injecter; elle devient rouge et luisante. C'est ce qu'on voit sur les parois abdominales, le scrotum, les cuisses, les jambes, les pieds, dans la grossesse, dans l'ascite et dans l'anasarque. Cette variété forme l'*érythema lœve* de Willan. La fatigue peut contribuer à la production de cette légère affection.

6° Une perturbation subite dans la circulation sanguine

d'une partie du corps peut y développer la variété d'érythème que Willan nomme *fugax*. Des efforts violents, des excès, l'ont quelquefois provoqué. J'ai vu un jeune homme de dix-huit ans, qui, après un repas copieux, eut des vomissements abondants et douloureux ; il offrit le troisième jour, sur toute la moitié gauche du tronc, une rougeur érythémateuse, diffuse, un peu pâle. Peu de jours après, elle avait disparu.

7° Le système nerveux peut avoir quelque influence sur la production de l'érythème. Dans certaines fièvres ataxiques on voit survenir des taches rouges, ou rose-pâle, ou livides. Chez des personnes très-impressionnables, hystériques et en même temps lymphatiques, j'ai vu des congestions érythémateuses se faire sur la face, sur le cou, sur une partie du thorax.

8° Dans l'état puerpéral on a vu se manifester sur l'abdomen et sur la partie interne des cuisses, un érythème diffus qui disparaissait vers le septième jour [1].

L'érythème diffus n'est, dans la plupart des circonstances que je viens d'énumérer, qu'un état morbide accessoire et passager ; aussi ne réclame-t-il que des moyens très-simples.

§ II. — ÉRYTHÈME AIGU CIRCONSCRIT.

Cette espèce se distingue par le relief qu'elle produit, lequel est plus ou moins saillant, tantôt dans le centre, tantôt sur le bord ou sur l'un des côtés de la saillie constitutive de l'exanthème. De ces différences de formes résultent les variétés appelées érythèmes *noueux, marginé, circiné* et *papuleux*.

1. — ÉRYTHÈME NOUEUX.

Cet exanthème est caractérisé par une saillie dure et arrondie, une sorte de nodosité s'élevant au centre de la tache

[1] *Bullet. de Thérap.*, t. XXXIII, p. 470.

rouge qui en forme la base. Il a été décrit par Willan, par Bateman, sous le nom qu'il porte. Quelques autres auteurs (Plumbe, Wilson, Moore Neligan), l'ont ensuite mentionné sans donner de nouveaux détails. Le Dr Blackley en a fait au contraire le sujet d'une étude spéciale (1).

En France, l'érythème noueux avait à peine appelé l'attention. Lorry n'en parle nulle part. Alibert ne l'indique pas parmi les espèces d'érythème, qu'il a cependant multipliées et décrites avec assez de soin. En 1835, M. Simonin, de Nancy, en ayant réuni quelques observations, les inscrivit sous le nom *d'érythème phlegmoneux* (2); il crut avoir trouvé une variété nouvelle, différente de l'érythème noueux; mais la distinction qu'il voulut établir n'était point fondée. Il pensait que l'érythème noueux est propre au sexe féminin, tandis que celui qu'il a vu appartiendrait aux deux sexes; mais le premier s'observe aussi chez l'homme, comme le prouvent les faits que j'indiquerai. L'auteur de la dissertation sur l'érythème phlegmoneux avance que celui-ci acquiert plus de volume que le noueux : que l'on consulte les planches des ouvrages de Willan et de Bateman, et on verra l'érythème noueux très-développé et à peu près analogue par ses dimensions à un phlegmon ordinaire. D'ailleurs, l'expression d'érythème phlegmoneux est vicieuse, car elle tendrait à faire supposer ou qu'il existe une complication de phlegmon, ou que cet érythème doit se comporter à la manière du phlegmon, c'est-à-dire suppurer. Ce serait en donner une idée très-inexacte.

L'érythème noueux a été décrit avec soin par les dermatologistes modernes. M. Shanahan en a fait le sujet d'une bonne Thèse (3).

J'ai souvent rencontré l'érythème noueux dans la pratique civile. En outre, vingt observations ont été recueillies à la clinique interne.

(1) *Dublin Journ.*, 1835. july. (*Medico-chirurg. Review*, 1835, october, p. 466.)

(2) *Considérations sur l'érythème phlegmoneux non décrit.* (Thèses de Paris, 1835, nº 243.)

(3) *De l'érythème noueux.* Paris, 1853, nº 34.

A. — *Causes de l'érythème noueux.*

a. — Age. — C'est surtout chez les jeunes sujets que se montre cet érythème. M. Simonin l'a vu chez un enfant de six ans ([1]). Quatre de ses observations ont été prises chez des individus de dix à vingt ans, et quatre chez des sujets de vingt à trente.

Parmi les observations citées par M. Shanahan, l'une d'elles est fournie par une petite fille de six ans et demi, une autre par un jeune garçon de treize ans; quatre sujets avaient de vingt à trente ans, un autre en avait trente-deux, et un dernier quarante-trois.

Mes observations portent sur six malades âgés de dix à dix-neuf ans, dix âgés de vingt à trente ans; les autres avaient trente-trois, quarante-sept, cinquante et cinquante-deux ans.

b. — Sexe. — L'érythème noueux est plus fréquent parmi les femmes. Sur les neuf observations de M. Simonin, trois seulement sont fournies par des hommes; et sur les neuf données par M. Shanahan, cinq appartenaient au sexe féminin.

Les faits recueillis à l'hôpital ont donné la proportion de 15 femmes et de 5 hommes.

C'est surtout chez des jeunes garçons que j'ai rencontré l'érythème noueux. Récemment, dans une maison d'éducation, un élève, âgé de douze ans, en avait plusieurs aux jambes, et un autre enfant, âgé de dix ans, en présentait à la fois aux avant-bras et aux jambes.

c. — Menstruation. — L'érythème noueux affectant plus fréquemment les femmes, il convient de déterminer quelle est l'influence de la menstruation. On a plusieurs fois noté la dysménorrhée comme cause ou coïncidence de l'érythème noueux.

([1]) 3e Observation.

Voici ce que j'ai remarqué : l'influence était nulle chez quatre malades, âgées de onze, cinquante, cinquante-deux et trente-trois ans ; la première n'était pas menstruée; les règles avaient cessé depuis deux ans chez la deuxième, et depuis dix ans chez la troisième; et quant à la quatrième, elle venait d'accoucher depuis dix jours; elle était en même temps atteinte de colite et de bronchite.

Il reste donc onze malades à l'égard desquelles ces rapports peuvent être appréciés. Trois étaient parfaitement et abondamment réglées, deux l'étaient régulièrement mais non abondamment, une autre avait des menstrues irrégulières, et cinq étaient dans un état complet d'aménorrhée remontant à plusieurs mois.

d. — **Tempérament, constitution.** — On pense que les personnes d'un tempérament lymphatique et d'une faible constitution sont prédisposées à cet érythème. Telles étaient les dispositions physiques de la plupart des malades de M. Simonin. Quant aux miens, la majorité était d'un tempérament sanguin ou lymphatico-sanguin et d'une bonne constitution.

e. — **Influence épidémique.** — M. Simonin regarde l'érythème qu'il a décrit comme dépendant de cette influence. C'est dans le cours d'une sorte d'épidémie de ce genre qu'il a recueilli les observations rapportées dans sa Thèse.

Je n'ai point observé d'épidémie d'érythème noueux; mais cet exanthème s'est montré plus fréquemment pendant certaines années. Ainsi, je n'en vis qu'un seul à l'hôpital de 1840 à 1844, tandis que j'en observai six en 1845, quatre en 1846, trois en 1852, deux en 1853 et 1855, deux en 1856 et deux en 1857.

Relativement aux saisons, ou plutôt aux mois de l'année pendant lesquels l'érythème noueux s'est montré, je l'ai vu cinq fois en septembre, trois fois dans chacun des mois de février, avril et août, deux fois en octobre, une fois en mai, en juillet, en décembre et en janvier.

M. Gibert observa en 1831, dans les mois d'août et de septembre, un grand nombre d'érysipèles et d'érythèmes [1].

M. Blackley croit l'érythème noueux indépendant des saisons. Toutefois, il le suppose plus fréquent au printemps et en automne qu'aux autres époques de l'année.

B. — *Symptômes de l'érythème noueux.*

a. — Phénomènes précurseurs. — Souvent malaise, soif, anorexie, lassitude, fièvre; parfois céphalalgie, vertiges, douleurs vagues dans les membres. Chez quelques malades les jambes étaient tuméfiées, presque œdémateuses. Il en est qui se sont plaint de mal de gorge.

b. — Invasion. — Cet exanthème se montre d'abord sous l'aspect de taches d'un rouge plus ou moins prononcé.

Ces taches s'observent le plus souvent aux jambes, aux genoux; je l'ai constaté onze fois sur vingt. Deux fois les macules se sont étendues aux jambes et aux cuisses, six fois elles affectaient les jambes, les genoux, les avant-bras et les poignets, et une fois elles se bornaient à la région dorsale des poignets et des mains.

Sur huit cas, M. Simonin a vu cinq fois l'érythème limité aux membres inférieurs, trois fois étendu en outre aux bras et aux avant-bras.

Comme on le voit, la face, le cou, le tronc ont toujours été épargnés. Cet érythème est propre aux membres, principalement aux inférieurs, et il s'observe plutôt du côté de l'extension que de celui de la flexion.

c. — Symptômes locaux. — Le premier symptôme de l'érythème noueux est la tache qui vient d'être mentionnée. Elle peut avoir de 1 à 6 centimètres de diamètre; elle est circonscrite, mais les bords ne s'arrêtent pas brusquement; ils pâ-

[1] *Traité des maladies de la peau*, p. 91.

lissent et se fondent avec la nuance normale de la peau. D'ailleurs, la rougeur des taches est elle-même peu vive, rose pâle, quelquefois cependant vermeille ou d'une teinte violacée.

Ces taches sont arrondies ou ovalaires, ayant leur plus grand diamètre parallèle à l'axe du membre.

Bientôt le centre de ces taches se soulève et forme une bosselure arrondie, une sorte de nodosité.

Dans quelques cas rares, la saillie était uniformément convexe, presque hémisphérique; c'est ce qu'Alibert a considéré comme une variété particulière, qu'il a nommée *érythème mamellé* [1]. M. Devergie a rencontré chez un menuisier âgé de vingt-un ans cet érythème coïncidant avec le noueux [2]. Il ne s'agit ici que d'une simple différence de forme sans importance.

Les doigts promenés sur la proéminence de l'érythème noueux trouvent d'abord une certaine dureté, et au bout de quelques jours une sorte d'empâtement un peu élastique, comme un commencement de fluctuation qui peut faire soupçonner l'existence d'une collection profonde; mais c'est une sensation trompeuse.

Les malades éprouvent des douleurs et une chaleur plus ou moins vive dans les points affectés d'érythème. Ils n'y ressentent pas de démangeaison, mais dans quelques cas, de la cuisson et un sentiment de brûlure. Ils se plaignent aussi quelquefois de douleurs dans les parties voisines, surtout dans les articulations. Cette coïncidence s'observe principalement, si déjà le sujet a eu des atteintes de rhumatisme.

d. — Symptômes généraux. — Il existe un léger mouvement fébrile. Le pouls peut donner de 80 à 100 battements par minute. La peau n'est pas toujours chaude. Elle ne s'est montrée à une température élevée que sur le tiers des malades que j'ai observés.

Lorsqu'une saignée a été nécessaire, j'ai constaté une aug-

(1) *Dermatoses*, p. 11.
(2) *Gaz. des Hôpit.*, 1847, p. 345.

mentation de fibrine. Le caillot était consistant, couvert d'une couenne dense.

Cette modification dans l'état du sang a été reconnue même quand la fièvre n'était pas vive. De pareilles remarques ont été faites dans le service de M. Andral. On y a vu le chiffre de la fibrine s'élever à $^{6}/_{1000}$ chez divers malades atteints d'érythème noueux [1].

Les voies digestives présentent quelques légers troubles. La langue est chargée. Il y a de l'anorexie et de la sensibilité à l'épigastre. Les urines sont plus ou moins colorées.

Chez une femme accouchée depuis huit jours, la sécrétion du lait et des lochies fut un peu diminuée, mais l'allaitement de l'enfant n'en fut point interrompu [2].

Il y a quelquefois de l'abattement, du malaise, mais on ne trouve pas toujours un rapport entre les phénomènes locaux et l'état général du sujet.

C. — *Marche et terminaison de l'érythème noueux.*

Les divers symptômes s'exaspèrent lorsque de nouvelles plaques se forment pendant le cours de la maladie. Il n'est pas rare, en effet, d'en voir apparaître quelques-unes lorsque les premières sont déjà parvenues à leur plus haut développement ou commencent à diminuer.

Le décroissement ne se fait pas longtemps attendre. La tumeur pâlit ou elle prend une teinte jaunâtre, ou d'autres fois une couleur légèrement bleuâtre, comme après une contusion; la proéminence s'affaisse et se ramollit.

La résolution est la terminaison ordinaire de l'érythème noueux. Jamais on ne voit cet exanthème aboutir à la suppuration.

Quelques phénomènes critiques peuvent accompagner la terminaison de la maladie; telles sont l'épistaxis [3], des sueurs

(1) *Journ. des Connaiss. méd.-chir.*, t. XIII, 1846, p. 223.

(2) Simonin, 3e Obs.

(3) 2e Obs. de M. Simonin.

abondantes [1], la diarrhée [2]. Quand l'exanthème disparaît, on voit quelquefois s'opérer une desquamation légère.

La durée moyenne de l'érythème noueux est de quinze jours. J'ai vu la résolution se faire au septième jour ; mais elle s'est accomplie 6 fois pendant le second septenaire, 7 fois dans le troisième et 3 fois dans le quatrième.

Chez les malades de M. Simonin, la durée la plus courte a été de dix jours, et la plus longue de trente-trois.

Lorsque la douleur et la rougeur ont disparu, il reste souvent au centre des plaques un léger empâtement, une petite induration que le doigt distingue encore pendant quelque temps. J'ai vu aussi, bien que les téguments eussent repris leur état normal, des douleurs vives persister profondément sur les points que l'exanthème recouvrait.

L'érythème noueux est sujet à récidive [3].

D. — *Coïncidences de l'érythème noueux.*

1° Un état de *pléthore* a souvent coïncidé avec le développement de l'érythème noueux.

2° Un état opposé, caractérisé par une adynamie ancienne et par des phénomènes scorbutiques, en a quelquefois précédé ou accompagné le développement. Tel était le cas décrit par M. Liegey, et recueilli chez une femme de quarante-six ans, sujette à des sueurs nocturnes. Une hématurie survenue dans le cours de l'érythème n'en empêcha pas l'heureuse terminaison ; elle parut même à l'auteur de l'observation avoir un caractère critique [4].

3° Chez une femme de vingt-neuf ans, affectée d'exostoses aux tibias et de douleurs ostéocopes (symptômes syphilitiques), j'ai vu survenir, comme maladie intercurrente, des érythèmes noueux aux jambes ; ils furent de courte durée.

(1) 3e Obs. du même auteur.
(2) 4e Obs. du même auteur.
(3) Joy ; *Cyclopædia*, t. II, p. 111.
(4) *Gaz. des Hôpit.*, 1854, p. 582.

4° J'ai vu six fois des douleurs dont le caractère *rhumatismal* était incontestable, se faire sentir principalement dans les membres affectés.

M. Rayer, M. Bouillaud, ont parfaitement signalé cette coïncidence. M. Watson a vu l'érythème noueux dans un cas précéder, dans un autre suivre l'attaque du rhumatisme (1).

Selon M. Begbie, il existe une étroite connexion entre la diathèse rhumatismale et l'érythème noueux. Il s'appuie sur ces circonstances, que l'une et l'autre affection sont communes chez les jeunes sujets; qu'elles sont fréquentes chez les femmes; que l'érythème s'accompagne de pâleur, d'état cachectique, de dépôts d'urates dans les urines; que l'érythème et le rhumatisme s'associent souvent chez le même sujet; que ces affections cèdent au même traitement, et en particulier au quinquina (2).

Mais s'il est vrai que l'érythème noueux se soit plusieurs fois montré en compagnie du rhumatisme, la connexion étroite de ces maladies n'est nullement établie par les motifs qu'expose M. Begbie. Ainsi, le rhumatisme n'est pas plus fréquent chez les femmes que chez les hommes; il n'a pas pour cause la plus ordinaire un trouble de la menstruation; l'érythème ne s'accompagne pas des indices d'un état cachectique, puisqu'au contraire on observe souvent, soit un état de pléthore, soit une hyper-fibrinie; enfin, le quinquina n'est point le remède spécifique de l'érythème.

M. Begbie paraît avoir été vivement frappé de quelques faits de coïncidence qu'il était sans doute utile de constater; mais la connexion particulière qu'il a signalée n'est ni constante ni assez intime pour l'ériger en principe, et encore moins pour former, à l'aide de cette combinaison, une nouvelle espèce pathologique, comme M. Schoenlein a voulu le tenter. La *péliose rhumatismale* de cet auteur ne saurait être admise comme maladie spéciale. C'est simplement une complication

(1) *Principles and practice of Physic*, t. II, p. 636.

(2) *Erythema nodosum in connexion with rhumatism*. (*Monthly Journ.*, 1850. — *Archives*, 4e série, t. XXIII, p. 338)

de l'érythème noueux et du rhumatisme, ainsi que l'ont très-bien fait remarquer MM. Duriau et Legrand (1).

E. — *Diagnostic et pronostic de l'érythème noueux.*

Il suffit d'avoir vu une fois l'érythème dont il s'agit pour le reconnaître. Sa situation aux membres, sa forme convexe et presque conique, sa consistance, sa couleur, l'auréole décroissante qui l'entoure, le peu d'intensité des phénomènes généraux, le caractérisent suffisamment.

Il se distingue de l'érysipèle par le nombre des plaques, par leur saillie centrale, par leur circonscription sans rebord et n'offrant aucune tendance à l'extension.

On ne saurait le confondre avec les exanthèmes papuleux, à cause de son volume et de sa forme.

L'érythème noueux n'est par lui-même nullement dangereux. Mais lorsqu'il accompagne soit le rhumatisme, soit toute autre affection, il accroît la gêne, la douleur, l'irritation générale, il augmente la fièvre.

Il peut précéder quelques états graves. Chez l'un des malades de M. Simonin, il signala le début d'une encéphalite mortelle; chez un autre, il fut suivi de pleurésie et d'un épanchement thoracique, dont l'issue fut également funeste.

F. — *Traitement de l'érythème noueux.*

Les moyens à opposer à cet érythème sont fort simples. Le repos, la position horizontale du membre affecté, des boissons délayantes, un régime sévère, suffisent généralement. Les topiques émollients sont inutiles. Si la douleur était très-vive, des fomentations avec la décoction de laitue ou de têtes de pavots, des cataplasmes de riz arrosés de laudanum de Sydenham, apporteraient du calme.

(1) *Revue méd.*, 1858, t. I, p. 193.

Plusieurs de mes malades ont eu besoin d'émissions sanguines, soit par la lancette, soit par l'application des sangsues à l'anus.

Les bains peuvent être utiles; j'ai parfois hâté la résolution en employant des bains sulfureux, lorsque le pouls et la température de la peau ne dénotaient aucun mouvement fébrile, et surtout lorsqu'il y avait coïncidence de rhumatisme.

II. — ÉRYTHÈME MARGINÉ.

Cet érythème n'est qu'une modification du précédent. La saillie, au lieu d'être plus forte au centre de la tumeur, est plus prononcée sur les bords, principalement d'un côté, dit Bateman (1). La figure qu'il en donne présente une surface inégale, saillante, tachetée de rouge, couvrant presque toute la cuisse et se terminant par un rebord très-marqué et inégal (2).

Selon M. Rayer, l'épiderme semble soulevé par de la sérosité; mais il n'y en a point.

D'après le même observateur, l'érythème marginé, quelquefois précédé ou accompagné d'un mouvement fébrile, se montre sur les membres, à la face, au cuir chevelu, et même sur les conjonctives.

Selon Bateman, cette variété affecte les personnes âgées et se développe lentement, étant liée à des désordres intérieurs. C'est alors une affection symptomatique, n'occupant qu'un rang secondaire et peu digne d'attention.

III. — ÉRYTHÈME CIRCINÉ.

Cet exanthème a été indiqué par M. Rayer (3). Il est formé de taches circulaires, dont la rougeur est plus marquée sur les bords qu'au centre, mais sans relief très-prononcé. Il y a

(1) *Synopsis*, p. 121.
(2) Plate XXXII.
(3) *Maladies de la peau*, t. I, p. 123.

longtemps que j'ai observé cette variété à la région plantaire de plusieurs jeunes sujets, surtout chez des petites filles de six à neuf ans. Ces taches, ayant environ un à deux centimètres de diamètre, étaient absolument exemptes de vésicules; la rougeur était peu vive, la sensibilité à peine développée. Cependant la marche était impossible. L'épiderme se détachait par fragments, la résolution s'effectuait du dixième au quatorzième jour.

J'ai vu aussi l'érythème circiné sur les avant-bras, imitant l'herpès du même nom; il n'y eut ni vésicule ni desquamation apparente. Les plaques, parfaitement circonscrites, avaient une largeur variable de 2 à 3 centimètres. La pression effaçait entièrement la rougeur.

Chez une fille de vingt ans, très-bien réglée et d'une forte constitution, il y avait un érythème circiné non-seulement sur les membres supérieurs, mais aussi à la face, sur le thorax et sur la cuisse. La maladie céda facilement à une légère émission sanguine et aux délayants.

Lorsque l'érythème circiné reprend au centre la teinte normale de la peau, tandis que la circonférence reste rouge, il forme des anneaux assez distincts. Il constitue alors cette variété de la roséole que Willan a nommée *annulata*, et qui devient, selon M. Rayer, un *érythema annulatum* [1].

Une autre forme de l'érythème circiné, que je ne trouve pas décrite, offre une assez grande analogie avec l'herpès iris. Il se compose d'une plaque rouge, arrondie, entourée de deux anneaux, l'un pâle, l'autre rouge. Celui qui est le plus extérieur présente un léger rebord. Cet exanthème présente ainsi trois nuances distinctes : une centrale, une autre extérieure et celle de l'anneau intermédiaire. On n'y trouve point de vésicules. Voici en peu de mots le fait qui a donné lieu à cette remarque. Il s'agit d'une personne âgée de vingt-six ans, forte, bien constituée, brune, d'un tempérament sanguin, très-bien réglée. C'est une blanchisseuse, sujette depuis dix ans à

[1] T. I, p. 233.

une affection cutanée qui revient deux ou trois fois par an, plus souvent l'hiver que l'été, et qui chaque fois dure quatorze ou quinze jours. Cet exanthème commence par une petite plaque rouge, d'un centimètre environ de diamètre; puis il se forme autour, à un ou deux millimètres de la tache centrale, un anneau parfaitement distinct. Cette éruption éclate de la sorte sur les mains, les doigts, les poignets. La paume des mains présente plusieurs cercles pareils. Sur les genoux, l'érythème est simplement papuleux, ovalaire et aplati. Une sensation de prurit, de picotements douloureux, se fait sentir aux mains. En même temps que l'érythème se prononce sur ces diverses parties, il se forme des aphthes sur les bords de la langue et sur la face interne de la lèvre inférieure. Le pouls est assez plein, mais régulier. Je soupçonne qu'un mouvement fébrile précède ou accompagne l'invasion de l'exanthème. Il n'y en avait pas quand j'ai été consulté par cette fille, dont les voies digestives et les diverses fonctions étaient d'ailleurs en bon état.

Si l'érythème circiné, gagnant toujours en largeur, guérit au centre, il forme ce que Biett a nommé *érythème excentrique* ou *centrifuge,* lequel appartient plus à l'état chronique qu'à l'état aigu.

IV. — ÉRYTHÈME PAPULEUX.

Cette variété est assez fréquente, moins cependant que l'érythème noueux, dont elle se distingue par des différences très-marquées de volume, de forme et de siége.

Elle consiste en des taches saillantes, arrondies, circonscrites, lenticulaires, n'ayant pas un centimètre de diamètre.

On voit ces sortes de papules surtout au cercle supérieur, tandis que l'érythème noueux a son siége principalement aux membres inférieurs.

L'érythème papuleux offre une autre différence notable : il est plus fréquent chez l'homme que chez la femme, dans la proportion de plus des deux tiers.

Je l'ai vu surtout chez des individus de dix-huit à trente-

cinq ans. J'en ai cependant observé récemment un exemple chez un homme âgé de soixante-quinze ans.

Une fille atteinte d'aménorrhée depuis trois mois, récemment guérie de diarrhée et ayant éprouvé de vives douleurs abdominales et lombaires, avec céphalalgie, pharyngite et fièvre, m'a présenté un érythème papuleux sur la face, le cou, le dos, les avant-bras et la partie antérieure des jambes. J'ai fait appliquer dix sangsues à l'anus; les phénomènes généraux ont diminué rapidement, et l'éruption a suivi son cours avec régularité.

Cette variété peut coïncider avec l'érythème noueux. Un marin, âgé de vingt-trois ans, entré le 10 avril 1845 à l'hôpital, présentait des papules aux jambes et aux cuisses, tandis que sur les genoux l'érythème offrait des tubérosités assez larges.

M. Cazenave a donné l'histoire d'un cas d'érythème papuleux qui simulait la variole; c'était chez une femme âgée de vingt-huit ans. La face, le cou, les membres supérieurs, les jambes, offraient une éruption de papules lenticulaires, entourées d'un cercle rouge. Il n'y avait ni chaleur, ni modification de la sensibilité. Vers le dixième jour de la maladie, après une recrudescence fébrile, il survint un érythème noueux aux jambes avec douleurs vives. La maladie dura un mois [1].

Bateman a vu l'érythème papuleux dépendre de quelques désordres de la constitution, s'accompagnant de symptômes graves, comme la petitesse du pouls, l'anorexie, la dépression des forces, etc. [2].

D'après M. Rayer, il se montre quelquefois chez des individus atteints de rhumatisme aigu. J'ai observé cette complication chez plusieurs sujets, principalement chez une femme âgée de trente-cinq ans; le rhumatisme affectait les membres inférieurs; l'éruption se montra sur la face et sur les membres supérieurs.

Les causes de l'érythème papuleux peuvent encore être locales. Je l'ai vu récidiver chez un distillateur. Il occupait la

(1) *Annales des maladies de la peau*, t. II, p. 142.

(2) *Synopsis*, p. 121.

région dorsale des mains. Les cuisinières, les boulangers, ont fourni quelques exemples d'une semblable localisation.

Il peut récidiver dans le même siége sans dépendre d'une cause locale. J'ai été consulté par un jeune magistrat qui, deux fois par an, au printemps et en automne, présente sur le dos des mains, d'abord une rougeur générale avec léger prurit, puis des taches, bientôt après des papules rouges : celles-ci s'élargissent, puis s'affaissent, pâlissent, et dans le deuxième septenaire tout a disparu. Deux fois il est allé à Luchon pour prévenir les retours de cette éruption, qui n'est ni douloureuse, ni fatigante, ni tenace, mais qui est désagréable par ses retours, lesquels n'ont jamais manqué depuis trois ou quatre ans.

L'érythème papuleux occupe quelquefois une grande étendue de la surface cutanée.

Un jeune homme de vingt-deux ans, entré à l'hôpital en février 1849, ayant une fièvre sans type régulier, de la céphalalgie, une grande prostration des forces, présenta sur tout le corps, et notamment à la face, aux bras et sur le tronc, des taches et des saillies d'érythème papuleux, en quelques points confluentes.

Un autre exemple d'érythème papuleux confluent m'a été présenté par une femme âgée de trente-six ans, qui eut la région dorsale des mains tellement couverte de papules, que celles-ci se confondirent et ne formèrent plus qu'une tumeur volumineuse, avec chaleur et sensibilité douloureuse. Il y eut de la fièvre; il fallut appliquer des sangsues à l'anus. L'affaissement de la tuméfaction ne tarda pas, et la résolution s'opéra graduellement.

J'ai vu chez une autre personne un érythème fort analogue pour le siége présenter l'aspect de l'urticaire. Mais l'absence du prurit et de la vive chaleur qui accompagnent celle-ci, la fixité de l'exanthème, sa durée et son décroissement successif au bout de neuf à dix jours, permirent de fixer le diagnostic, qui était resté au premier abord incertain.

Les papules de l'érythème sont quelquefois assez volumineuses pour ressembler à des tubercules cutanés. Mais ces

saillies ne diffèrent pas essentiellement des autres, et l'expression d'*érythème tuberculeux* qu'on a donnée à cet exanthème à cause des dimensions des saillies pourrait en donner une idée très-inexacte. Voici du reste un fait qui s'y rapporte.

Un italien, marchand de parapluies, âgé de soixante-quinze ans, entra à l'hôpital en septembre 1855 pour un érythème papuleux siégeant aux membres inférieurs et aux avant-bras. Près des coudes, plusieurs papules s'étant réunies, formèrent quelques tumeurs saillantes et consistantes, ayant cet aspect tuberculeux qu'on a voulu désigner; mais au bout de peu de jours, les saillies papuleuses et celles qui étaient très-volumineuses s'affaissèrent et peu à peu guérirent.

Cet érythème a des rapports très-marqués avec le lichen aigu. Il forme comme la transition entre ce dernier et les autres érythèmes.

L'érythème papuleux a en général une plus grande durée que le noueux; il peut ne se terminer qu'après le quatrième septenaire.

Le traitement ne diffère pas de celui des autres espèces d'érythème.

URTICAIRE AIGUË.

L'urticaire est un exanthème qui consiste en des intumescences papuleuses, arrondies ou ovalaires, rapprochées ou disséminées, rouges ou blanches, ne contenant jamais ni sérosité ni matière purulente, se développant avec rapidité, disparaissant de même, et s'accompagnant toujours d'un sentiment de picotement, de prurit ou de brûlure fort analogue à celui qui résulte du contact des orties.

A. — *Historique.*

Les Arabes ont les premiers distingué cette maladie. Elle est indiquée par Jean Sérapion (Jahiah-ebn) sous le nom d'*echra*, d'où l'on a fait ceux de *sora, sare*, *essera* [1].

[1] *Practica dicta Breviarium*. Venetiis, 1479, tract. V, cap. VIII, fol. 49, d.

Avicenne a peut-être voulu désigner la même affection sous le nom de *benat noctis* [1]. Ingrassias l'a également mentionnée [2].

Sennert en a donné une peinture assez exacte sous le nom d'*essera*. Il la représente comme formée de tubercules petits, durs, rouges, prurigineux, occupant subitement tout le corps comme si on avait été piqué par des abeilles ou des cousins, ou frotté avec des orties, s'évanouissant bientôt et ne fournissant aucune exsudation apparente [3].

Quelques dissertations furent publiées sous le même titre [4].

Sydenham rattacha l'éruption ortiée à l'érysipèle; elle est causée, selon cet observateur, par l'abus des spiritueux; elle s'annonce par une petite fièvre, et forme des pustules et des vésicules semblables à celles que produisent les orties, se cachant rapidement sous la peau, reparaissant par une légère friction, et produisant un prurit presque intolérable [5]. Dans cet exposé, il est fait mention de pustules et de vésicules; il ne faut pas oublier que du temps de Sydenham, on n'attribuait pas à ces mots le sens précis qu'on leur attache aujourd'hui.

Plus tard, l'urticaire fut assimilée au purpura [6] et à la scarlatine [7]; mais on fit deux genres d'urticaire : l'un qui se prêtait à ces assimilations, l'autre qui formait l'*essera* proprement dit, ou *porcelaine* [8].

Vogel, qui les distingue, en donne une description presque identique; il ne trouve de différence que dans la grandeur et

(1) *Liber canonis*, lib. IV, fen. VII, tract. III, cap. X, p. 516.

(2) *De tumoribus præternat.*, p. 188.

(3) *Med. pract.*, t. V, pars Iª, *de Tumoribus*, cap. XXVI, p. 284.

(4) Alberti; *De esserá scorbutica*. Erf., 1692. — Chemnitz; *De esserá arabum*. Hafniæ, 1703.

(5) *Opera*, sect. V, cap. VI, *Febris erysipelatosa*, p. 174.

(6) *Purpura urticata*, *Purpura urticans*. Juncker, tab. 74, p. 599. — Schacht; *Instit. med. pract.*, cap. XI, § VI, etc.

(7) *Scarlatina urticata*. Sauvages; *Nosol. meth.*, t. I, p. 452, class. III, ord. I, gen. VIII, sp. 2.

(8) Sauvages; *l. c.*, gen. IX. — Lieutaud, 5ᵉ espèce d'échauboulure. (*Med. pratiq.*, t. II, p. 349.) — D'après Feith (p. 11), on a tiré l'appellation *febris porcellana* d'une comparaison de la peau épaissie avec les feuilles du pourpier (*portulaca*) qui sont charnues. Cette étymologie me semble hasardée.

la rougeur des taches et des papules (1). Selle adopte les mêmes idées, tout en reconnaissant l'analogie évidente de ces éruptions (2). Borsieri multiplie davantage les divisions; il parle d'abord de l'*exanthème ortié,* puis de l'*essera* ou *porcelaine,* et en troisième lieu de l'*essera de Vogel* (3). C'est à peine si l'on découvre, dans l'exposition qu'il en fait, quelques nuances propres à constituer de simples variétés.

Les mots *urticaire* et *essera* doivent rester synonymes, et c'est du premier seul qu'il convient de se servir. Je ne vois d'ailleurs aucun avantage à préférer, avec Ploucquet (4) et Alibert (5), le mot *cnidosis,* qui ne signifie pas autre chose (6).

L'histoire de l'urticaire a été éclairée par l'observation des faits, et il est juste de citer en première ligne un mémoire d'Heberden résumant d'importantes remarques pratiques (7). Puis viennent les observations de Godard de Verviers (8), de Planchon (9), celles qui furent faites par Cleghorn à Minorque (10), par Chalmers dans la Caroline méridionale (11), par Hillary aux Barbades (12), et surtout celles de Winterbottom à Sierra-Leone (13), qui montrèrent l'urticaire sous différents points de vue et avec les modifications et quelques complications imprimées par la diversité des climats.

J.-P. Frank, après avoir, dans son *Epitome* (14), décrit l'urticaire avec beaucoup d'exactitude, réunit plus tard une intéressante collection de faits (15).

(1) *Manuale praxeos,* t. III, p. 283 et 287, cap. VIII et IX.
(2) *Pyrétologie méthodique,* trad. de Nauche, p. 169.
(3) *Institutiones Med. pract.,* t. II, cap. V, *de Exanthemate urticato,* p. 86, p. 90.
(4) *Delineatio syst. nosol. nat. accommod.* Tubingæ, 1791. Il appelle l'*essera, telephia.*
(5) *Monographie des dermatoses,* p. 74.
(6) Κνίδη, *ortie.*
(7) *Medical Transactions,* 1772, t. II, p 178.
(8) *Sur une fièvre urticaire.* (*Ancien Journal,* 1759, t. X, p. 316.)
(9) *Lettre sur une fièvre urticaire.* (*Ancien Journal,* 1762, t. XVII, p. 75.)
(10) *Obs. on the epid. diseases of Minorca.* London, 1768, p. 221.
(11) *An account of the weather and diseases of south Carolina,* t. I, p. 87.
(12) *Obs. on the changes of the air etc. in the island of Barbadoes,* p. 78.
(13) *Medical facts,* t. V, p. 57.
(14) *Epitome de curandis hom. morbis,* 1792, t. II, p. 102.
(15) *Interpretationes clinicæ observationum selectarum.* Tubingæ, 1812, p. 405, etc.

Des travaux spéciaux ont été publiés sur l'urticaire par Koch [1], par Wichmann [2], par Feith [3], par M. Golfin [4], par M. Wikham [5], etc. Aux observations qu'ils ont données, il faut ajouter celles de Leroux [6], de M. Rayer [7], de M. Louis [8].

Il est fâcheux que la distinction si importante de l'urticaire en aiguë et en chronique ait été le plus souvent négligée. Je dois cependant signaler Wichmann comme l'ayant parfaitement établie. Les considérations qui vont suivre ne sont relatives qu'à la première, au sujet de laquelle j'ai recueilli quarante-quatre observations particulières.

B. — *Causes de l'urticaire aiguë.*

a. — Age. — D'après Heberden, l'urticaire attaque tous les âges. Il résulte de mes observations que cette maladie peut s'observer dans l'enfance, mais qu'elle est surtout fréquente dans la jeunesse, et qu'elle est très-rare dans la vieillesse.

M. Wilson a vu l'urticaire lié au travail de la dentition [9]. Je l'ai observée chez un petit garçon âgé d'un an, qui avait eu quelques jours auparavant une angine assez intense. Il n'y eut ni fièvre ni perte de l'appétit. Je l'ai observée chez un autre enfant âgé de trois ans.

J'ai vu plusieurs fois l'urticaire se manifester à l'âge de treize à quatorze ans.

En réunissant à mes observations plusieurs de celles qui

(1) Ch.-Mart. Koch; *De febre urticata ad orationem, etc.* Lipsiæ, 1792. Dissertation intéressante.

(2) Les judicieuses remarques de Wichmann sur l'urticaire et son diagnostic ont été traduites par Winterbottom, dans le *Medical and Physical Journal*, 1803, t. X, p. 481.

(3) Ev. Eiso Christ. Feith; *De urticaria.* Groningæ, 1811. Excellente monographie.

(4) *Mémoire sur l'exanthème ortié ou l'urticaire.* Montpellier, 1829. Extrait des *Éphémérides médicales de Montpellier*, 1829.

(5) *Revue médico-chirurg.*, t. VIII, p. 260.

(6) *Cours de Médecine*, t. I, p. 231.

(7) *Maladies de la peau*, t. I, p. 256.

(8) *Gaz. des Hôpit.*, 1843, p. 521.

(9) *Diseases of the skin*, p. 129.

ont été publiées, je peux en rapprocher 55, se distribuant ainsi sous le rapport de l'âge :

15	individus étaient âgés	de......	15 à 20	ans.
34	— —	de......	21 à 30	—
5	— —	de......	31 à 40	—
1	avait..............		44	—
55				

Ainsi, on peut regarder la période de la vie qui s'étend de quinze à trente ans comme celle qui dispose le plus à l'urticaire aiguë.

b. — **Sexe.** — Suivant Heberden, cette maladie attaque également les deux sexes. Il m'a paru néanmoins que le partage n'était pas parfaitement égal. Sur 55 sujets, 36 étaient du sexe masculin et 19 du sexe féminin.

c. — **Constitution.** — On a pensé que les individus lymphatiques et d'un tempérament nerveux étaient particulièrement disposés à l'urticaire. Ceux d'un tempérament sanguin et bilieux ne le sont pas moins. Il est des personnes dont la peau est douée d'une extrême irritabilité, et chez lesquelles le contact de diverses substances développe une éruption quelconque avec la plus grande facilité.

d. — **Influences atmosphériques.** — L'urticaire se montre dans les pays chauds, humides, marécageux (1). Les alternatives de chaud et de froid la provoquent (2).

Je l'ai vue survenir après un refroidissement subit ou prolongé. Une femme de vingt-cinq ans accouche; quelques jours après il survient des engorgements cervicaux et mammaires; elle ne nourrit pas et se remet à travailler. Elle lave à grande eau un appartement et se refroidit. Bientôt après elle est atteinte de fièvre, et présente une urticaire qui dure sept jours. Un homme, âgé de vingt-deux ans, colporteur,

(1) Gœlis, p. 17.
(2) Winterbottom, p. 62.

ne pouvant se rendre à sa destination, passe la nuit à la belle étoile; il est pris de fièvre et d'urticaire.

Les saisons ne paraissent pas avoir une influence absolue sur la production de l'urticaire; cependant, Willan dit qu'on l'observe surtout en été (1). J'ai vu les cas les plus nombreux au printemps, comme le prouve le résumé suivant :

Janvier	5 cas.	Août	7 cas.
Février	5 —	Septembre	0 —
Mars	2 —	Octobre	5 —
Avril	5 —	Novembre	2 —
Mai	12 —	Décembre	4 —
Juin	6 —		55 —
Juillet	6 —		

Il est des époques où l'urticaire se montre plus fréquemment. Koch l'observa souvent à Leipsick pendant l'année 1792. Ce motif l'engagea à écrire sa dissertation. Il ajoute que pendant le même temps il n'y avait ni érysipèles, ni scarlatines, ni rougeoles (2).

J'ai remarqué qu'en certaines années les cas d'urticaire étaient plus communs, surtout en été, chez les jeunes gens de quatorze à vingt-cinq ans, comme aussi dans la convalescence des fièvres intermittentes, lorsqu'il y avait une irritation des voies digestives.

Une sorte de petite épidémie fut observée par le Dr Macfarlane, à Londres, en juin 1834. Sept ou huit personnes furent prises, dans un hôtel, de douleurs épigastriques, de nausées, de prurit à la peau et d'urticaire. Cette maladie se répandit, et M. Macfarlane en vit environ une centaine de cas en peu de temps (3).

e. — Action des stimulants sur la peau. — Les rayons du soleil dirigés sur la peau peuvent, au bout d'un certain temps, provoquer une éruption analogue à l'urticaire; c'est ce que

(1) *Cutaneous diseases*, p. 402.
(2) *De febre urticatâ*, p. 4.
(3) *London quarterly med. Review*, 1834. (*Gaz. méd.*, t. II, p. 364.)

j'ai vu, dans le mois de juin 1846, chez une femme âgée de vingt-quatre ans, qui avait été chargée d'arroser des plantes pendant plusieurs jours.

Koch met les frictions répétées, l'électrisation soutenue, au nombre des causes locales de l'urticaire.

Les bains de mer, les bains sulfureux, ont souvent disposé à ce genre d'éruption, qui est survenue plusieurs jours après leur emploi. J'ai fait cette remarque en diverses occasions.

Un bain frais pris quand on a chaud peut encore occasionner une réaction, d'où résulte une urticaire (1).

Quelques insectes, tels que puces, punaises, cousins, araignées, chenilles (la chenille processionnaire), peuvent, par leur piqûre ou leur simple contact, faire naître des taches ou des papules assez semblables à l'urticaire. L'acarus scabiei n'irrite pas de la même manière; mais l'excitation cutanée qu'il provoque peut disposer à cet exanthème. C'est ce que j'ai vu se produire chez un homme de vingt-neuf ans, quinze jours après la guérison de la gale. Leroux a vu ces affections cutanées alterner (2).

L'action des orties, le contact des semences du *dolichos urens* ou du *dolichos pruriens* (3), produisent un exanthème qui a pu servir de type au genre pathologique dont il s'agit.

Certains emplâtres peuvent faire naître une urticaire. Une femme avait un vésicatoire à chaque cuisse. Ce double exutoire provoqua une éruption générale, qui prit l'aspect de l'urticaire. Chez une autre femme, j'ai vu l'emplâtre de Vigo *cùm mercurio*, largement appliqué sur la hanche, amener un résultat analogue.

Alibert rapporte qu'un boucher eut sur les bras et le visage une éruption ortiée après avoir dépouillé et dégraissé le cadavre d'une vache emphysémateuse (4).

(1) Voyez l'Observation de M. Louis. (*Gaz. des Hôpit.*, 1843, p. 521.)
(2) *Cours de Méd. pratiq.*, t. I, p. 231.
(3) Heberden; *Med. Trans.*, t. III, p. 180.
(4) *Monographie des dermatoses*, p. 80.

f. — **Action de diverses substances ingérées.** — On a depuis longtemps attribué aux *moules* la propriété d'occasionner une éruption ortiée. Bautzmann de Kiel avait vu des anxiétés précordiales, des lipothymies, des intumescences de la face et des extrémités résulter de leur usage [1]. Bæhrens [2], Werlhof et surtout Moerhing mentionnèrent des accidents semblables. Ce dernier en rapporta trois exemples, l'un fourni par une femme âgée de trente-trois ans, le second par un homme de quarante ans, et le troisième par une femme âgée de cinquante ans. Il y eut des nausées, des anxiétés, une lividité prononcée de la peau, et une éruption de taches et de papules d'urticaire. Ces accidents furent promptement dissipés [3]. On a vainement recherché la substance toxique des moules. Werlhof en avait contesté la réalité. Son opinion a été confirmée par les observations de Breunie et de Durondeau, qui attribuent les effets nuisibles à la présence d'une petite étoile de mer dans la coquille du moule [4]. Wichmann assure que, depuis qu'on a mangé moins de moules à Hanovre, les accidents précités et l'éruption ortiée sont devenus plus rares.

Les *écrevisses* ont produit des effets analogues d'après Gruner [5] et Wichmann [6]. Il en serait de même des *crabes* selon Tode [7], du *foie de poisson* suivant Sauvages, de la *chair de porc fraîche* au rapport de Scheidemantel [8].

M. Hannon a vu une urticaire très-prononcée, qui dura cinq jours, provenir de l'usage de la chair d'un *lapin sauvage*, lequel était malade, car sa peau était couverte de taches violettes, et ses muscles se déchiraient facilement [9].

(1) *De nosio mytilorum usu Eph. nat. cur.* Dec. II an. 1689.

(2) *De affectu a mytulorum esu.* (Werlhof; *De variolis et anthracibus*, 1735.)

(3) Moerhing; *Epist. ad Werlhof, quæ mytulorum quorumdam venenum et ab eo natas papulas cuticulares illustrat.* Bremæ, 1742. (Haller; *Disputationes*, t. III, p. 183.)

(4) *Mém. de l'Acad. des Sciences et Belles-Lettres de Bruxelles*, 1771, t. I, p. 229, et t. II, p. 66.

(5) *De febre urticata ab cancris fluviatilibus et fragariæ vescæ fructu.* Ienæ, 1772.

(6) *Med. and. Phys. Journ.*, t. X, p. 483.

(7) *Med.-chir. Bibl.*, t. IV, p. 1, p. 241. — Feith, p. 37.

(8) *Collect. med. Franconiæ.* (*Comment. Lips.*, t. IX, p. 110.)

(9) *Presse médicale belge.* (*Gaz. des Hôpit.*, 1850, p. 14.)

Lorsque Winterbottom exerçait la médecine à Sierra-Leone, il vit une urticaire, avec mal de gorge, nausées, faiblesse, etc., chez une négresse qui était allée manger dans les bois une sorte de fruit analogue à la prune de Damas. Son mari, son enfant et une autre femme éprouvèrent les mêmes accidents par la même cause (1).

Winterbottom assure avoir eu lui-même deux fois les voies digestives fort irritées et une urticaire générale après avoir mangé des *amandes douces* (2). Les mêmes effets ont été ressentis par Gregory, ainsi qu'après l'ingestion des *concombres* (3).

Les *fraises* auraient, selon Gruner, Vogel (4), Thomassen a Tuessink (5), suscité des accidents analogues.

Eyerel rapporte l'exemple d'un boucher, âgé de trente-deux ans, qui, ayant mangé beaucoup de *raiforts,* fut pris de fièvre et eut une éruption urticaire tubéreuse (6).

Mais on ne doit voir, dans la plupart de ces cas, que des faits d'idiosyncrasie, des antipathies tout à fait spéciales.

On a encore attribué le développement de l'urticaire à l'usage de la *valériane,* de la *jusquiame.* Le Dr Cabot parle d'un individu atteint de vives douleurs abdominales, qui prit trois cuillerées à café de teinture de jusquiame, et qui eut, dix minutes après la troisième, un gonflement général, avec prurit, rougeur de la peau, apparence d'urticaire. Une heure et demie après, il y eut diminution, et le lendemain disparition de cet accident (7).

Peut-être, dans ce cas, l'éruption cutanée fut-elle autant le résultat de la vive irritation des voies digestives que l'effet du médicament employé. J'ai porté, chez plusieurs individus, la valériane, la jusquiame, à des doses extrêmement élevées, sans produire le moindre exanthème.

(1) *Medical facts,* t. V, p. 57.
(2) *Ibid.,* p. 60.
(3) *Ibid,* p. 63.
(4) *Manuale praxeos,* t. III, p. 277.
(5) Feith, p. 40.
(6) *Obs. med. Sylloge* V, n° 3, Obs. 2, p. 34.
(7) *American Med. Journal,* 1851, t. II, p. 369.

g. — **Émotions morales.** — Les passions, qui produisent tant de maux variés, peuvent faire naître l'urticaire. Un exemple, recueilli dans le service de M. Rayer, prouve l'influence de la colère ([1]). J'en ai observé un pareil il y a très-peu de temps.

h. — **Menstruation.** — Chez deux des malades atteintes d'urticaire qui sont venues à l'hôpital, la menstruation était irrégulière ; chez une troisième et une quatrième, elle était supprimée depuis trois mois. Une femme enceinte de quatre mois, chez laquelle l'urticaire dura quinze jours, avait eu des hémoptysies et des symptômes d'irritation pulmonaire chronique, qui s'étaient notablement atténués sous l'influence de la gestation.

i. — **États morbides antérieurs.** — Indépendamment du cas précédent, j'ai vu l'urticaire survenir chez plusieurs individus après divers états morbides, principalement à la suite de fièvres continues, de gastro-entérites et d'irritations intestinales plus ou moins intenses.

Une dame âgée de quarante-cinq ans, atteinte à plusieurs reprises de coliques violentes, eut, dans l'une des plus fortes attaques, une urticaire dont la durée fut de quinze jours.

Il existe une étroite corrélation entre l'état des voies digestives et l'exanthème dont je parle. Borsieri, Wilson ([2]), ont exprimé cette opinion. J.-P. Frank raconte qu'un de ses élèves éprouvait après le repas un prurit intolérable au cou et à la face. Il se développa de grosses papules, qui se dissipèrent après une sueur générale ([3]).

L'irritation de l'estomac et du foie entraîne parfois le développement de l'urticaire. Graves a mentionné cette circonstance tout à fait digne d'attention. Il ne s'agit point de coïncidence fortuite, mais bien d'une relation réelle, vérifiée un grand nombre de fois. Chez quelques sujets, il y avait eu d'abord une affection arthritique, puis survint une hépatite,

([1]) *Lancette française*, t. II, p. 346.
([2]) *On febrile diseases*, t. II, p. 567.
([3]) *Epitome*, t. III, p. 107.

laquelle fut accompagnée d'ictère, et bientôt l'urticaire se manifesta. Ces faits attestent l'étroite sympathie qui existe entre les organes digestifs, l'appareil biliaire et la peau ([1]).

J'ai vu chez des sujets adultes la bronchite capillaire s'accompagner d'urticaire. Cet exanthème ajoutait, par ses picotements incessants, à la pénible situation des malades, menacés à chaque instant de suffocation.

L'urticaire peut offrir un caractère *critique*. Eyerel a donné l'observation d'un enfant de neuf ans, atteint de fièvre continue avec coliques, diarrhée, oppression, vertiges, douleurs rhumatismales, pétéchies, etc. Le seizième jour, une urticaire se montra à l'un des bras; il y eut alors de l'amélioration; la fièvre cessa le lendemain ([2]).

Koch a vu une pleurésie et une fièvre nerveuse diminuer rapidement par l'apparition d'une urticaire ([3]).

b. — Contagion. — Heberden soupçonnait que cet exanthème avait pu se transmettre d'une femme à son mari ([4]). Cependant, il s'est empressé d'ajouter que fort souvent cette affection ne s'est point montrée contagieuse. Je pense qu'il ne s'était agi évidemment que d'une circonstance fortuite. Il ne doit rester aucun doute sur la non transmissibilité de l'urticaire.

C. — *Symptômes de l'urticaire aiguë.*

a. — Prodromes. — L'urticaire peut survenir tout à coup, sans être précédée de phénomènes avant-coureurs; mais elle est souvent annoncée par un état de malaise, de fatigue, de torpeur, quelquefois par un sentiment de fourmillement ou de prurit aux membres ([5]). Chez un de mes malades, un léger mouvement fébrile s'était manifesté tous les soirs pendant un mois.

([1]) *Clinical Lectures* by Rob. Graves. Dublin, 1848, t. I, p. 146.
([2]) *Obs. med. Sylloge* V, n° 3, Obs. 1, p. 80.
([3]) *De febre urtic.*, p. 14.
([4]) *Medical Transact.*, t. II, p. 179.
([5]) Koch, p. 6.

La céphalalgie, les vertiges (¹) s'observent assez fréquemment. On a vu des convulsions survenir dans cette période prodromique (²).

Les voies digestives présentent ordinairement quelques phénomènes morbides, principalement l'inappétence, la soif, l'amertume de la bouche, des nausées, une douleur épigastrique plus ou moins vive. Les urines sont rouges.

b. — Invasion. — L'anxiété, l'agitation, une sorte d'inquiétude se prononcent, une tendance à la défaillance se fait parfois remarquer (³).

Des frissons suivis de chaleur marquent souvent le début de la maladie. La fièvre est continue pendant un, deux ou trois jours. J'ai vu survenir en même temps, soit des vomissements, soit des coliques et de la diarrhée, soit une légère angine.

c. — Éruption. — 1° L'invasion fébrile et l'éruption ont quelquefois lieu simultanément; plus souvent celle-ci n'arrive que le deuxième ou le troisième jour. Elle peut se prononcer indifféremment aux diverses heures de la journée.

La partie où l'éruption doit se montrer offre une certaine tension, du gonflement, du prurit et une sensation de chaleur brûlante, bien que la peau paraisse quelquefois froide au toucher (⁴).

2° L'éruption est d'abord partielle. Je l'ai vue commencer par les extrémités inférieures, chez une jeune fille de treize ans; plusieurs fois par les avant-bras, les jambes, la face, surtout par le front; deux fois par les mains, les poignets (⁵); souvent par le cou et la partie antérieure du thorax.

Elle s'étend à l'abdomen, au scrotum, aux cuisses; elle se répand sur la face; elle se prononce quelquefois spécialement vers les paupières, le nez, le pavillon de l'oreille, les lèvres.

(¹) Winterbottom, p. 62.

(²) Bayle, Laennec et Savary. (*Journ. de Corvisart, Leroux et Boyer*, t. XX, p. 95.)

(³) Koch, p. 6.

(⁴) *Ibid.*, p. 6.

(⁵) Koch a vu rarement l'urticaire à la paume des mains. (P. 6.)

Elle peut être générale, en épargnant soit la face, soit la paume des mains.

Quelquefois il suffit que le malade gratte plus ou moins une partie encore saine pour que l'urticaire s'y montre aussitôt [1]. Si une partie de la peau avait été antérieurement irritée, comme par un vésicatoire, l'éruption y est plus développée et le prurit y est plus fort [2].

Dans quelques cas, Koch a vu l'urticaire atteindre aussi la muqueuse buccale, qui devenait rouge. Il y avait de la salivation. La gorge s'est affectée parfois.

3° L'éruption de l'urticaire consiste en des taches et des saillies d'un aspect particulier.

Les taches sont rouges, étendues, comme érythémateuses. Les saillies forment des espèces de papules. C'est le nom que leur donnent Koch, J.-P. Frank, etc. Ce sont, en effet, de petites éminences solides et consistantes. Joseph Frank n'est pas exact lorsqu'il parle d'une urticaire phlycténoïde [3]. Jamais les papules de l'urticaire ne deviennent ni vésiculeuses, ni bulleuses, ni pustuleuses.

4° Ces papules sont lenticulaires, arrondies ou ovalaires, d'un volume variable de 3 à 15 millimètres de largeur; elles sont parfaitement circonscrites, dessinant un relief que la vue et le toucher reconnaissent facilement.

Plusieurs papules peuvent être rapprochées; quelquefois elles sont confondues et forment des plaques plus ou moins larges, plus ou moins proéminentes. J.-P. Frank et Willan ont appelé *urticaria tuberosa* celle dont les plaques forment une tuméfaction convexe et plus ou moins saillante. J.-P. Frank en a donné un exemple; la face était le siége de proéminences volumineuses [4].

Quelquefois le centre des plaques, au lieu d'être convexe, est plane ou même déprimé, et les bords en sont élevés.

(1) Louis, p. 521.
(2) Koch, p. 13.
(3) *Praxeos*, t. II, p. 108.
(4) *Epitome*, t. III, p. 108.

Les plaques d'urticaire peuvent couvrir plus ou moins complétement de très-larges surfaces, comme une région du thorax, de l'abdomen ou d'un membre. Willan lui donne alors le nom d'*urticaria conferta* (1).

5° La couleur des papules ou des plaques est rouge pâle, ou même blanche *(porcelaine)*, et alors elles se dessinent très-bien au milieu des taches d'un rouge plus ou moins vif qui les entourent.

Wichmann a vu, chez un enfant de deux ans, l'éruption accompagnée de taches ou d'espèces de sugillations bleuâtres ou noirâtres, qui disparurent au bout de peu de jours (2).

Heberden dit que l'urticaire laisse quelquefois des traces longitudinales qui ressemblent à l'effet d'un coup de fouet (3).

6° Les papules sont le siége d'un sentiment pénible de picotement et de chaleur. Bientôt il survient un prurit qui oblige le malade à se gratter, et qui se convertit en une cuisson douloureuse.

Plus la partie où l'urticaire existe est sensible, plus le prurit est intolérable ; tels sont les paupières, le nez, l'oricule, le scrotum, la paume des mains, la plante des pieds, la face interne des membres.

Quelquefois, le picotement, le prurit, la chaleur, ne se font pas seulement sentir aux parties où l'éruption s'est manifestée, mais aussi dans des points plus ou moins éloignés, où ne se trouvent ni taches ni papules. Ces sensations peuvent être le prélude d'une nouvelle apparition de papules.

Koch parle de malades qui, ayant eu les phénomènes prodromiques et la fièvre, n'ont offert aucune trace d'éruption, circonstance analogue à celle des *morbilli sine morbillis* (4).

d. — **Symptômes généraux.** — 1° Ordinairement, quand l'éruption s'est développée, le sentiment de faiblesse, de défail-

(1) *Cutaneous diseases*, p. 421.
(2) P. 484.
(3) P. 178.
(4) P. 9.

lance, d'oppression, que le malade avait éprouvé au début, se dissipe, et il y a du calme.

2° Le pouls tantôt s'éloigne à peine de l'état normal, tantôt s'accélère. Il donne 72, 80, 90. Il est plus souvent large que petit. Il peut y avoir exacerbation le soir. Pendant ce temps, la démangeaison augmente.

J'ai plusieurs fois examiné le sang extrait de la veine. La quantité de fibrine n'était pas augmentée. Je n'ai rencontré qu'une couenne mince, ou même elle était nulle, le caillot peu volumineux, peu consistant.

3° Quelques malades se plaignaient de céphalalgie, de vertiges. Les conjonctives étaient injectées.

4° Il y a généralement de la soif, de l'inappétence.

Koch, Wichmann, ont vu la salivation accompagner l'urticaire intense.

Plusieurs malades m'ont offert de la rougeur au pharynx; la déglutition était gênée.

J'ai constaté aussi une assez vive sensibilité à l'épigastre. Il y avait tantôt de la constipation, tantôt de la diarrhée.

5° L'urticaire ne m'a paru exercer aucune influence sur le flux menstruel, qui plusieurs fois a coïncidé avec le développement de l'éruption.

D. — *Marche et durée de l'urticaire aiguë.*

Peu de maladies présentent plus d'irrégularités dans leur marche. L'urticaire se montre sur une ou plusieurs régions; bientôt elle les abandonne pour se porter ailleurs. Elle ne procède pas à la manière de l'érysipèle, qui s'étend de proche en proche, mais à l'imitation du rhumatisme, qui se transporte rapidement d'une articulation vers une autre.

L'urticaire semble se dissiper entièrement pendant plusieurs heures, pendant un jour, pour revenir avec une nouvelle intensité. Quand elle disparaît, il survient quelquefois du malaise, des défaillances.

Lorsque l'urticaire est liée à une fièvre quotidienne ou tierce, elle en suit exactement la périodicité.

Elle peut diminuer sans disparaître. Tantôt elle s'atténue quand le malade se met au lit; alors les démangeaisons s'apaisent, pour reparaître le matin quand il s'expose à l'air frais. Tantôt la chaleur augmente le prurit. Charles Musitan avait observé cette diversité de marche ([1]).

J'ai vu plus souvent le premier mode que le second, qui me fut offert par une couturière âgée de trente-sept ans. Pendant la nuit, elle éprouvait un sentiment très-douloureux de démangeaison et de brûlure.

Selon Wichmann, la durée ordinaire de l'urticaire est de neuf jours. Leroux l'a vue de dix jours, M. Louis de huit. Mais elle est très-variable. En rapprochant mes observations, je trouve qu'elle a été : chez 5 malades, de trois jours; chez 1, de quatre jours; chez 7, de cinq jours; chez 2, de six jours; chez 5, de sept jours; chez 3, de neuf; chez d'autres, de onze, quinze et dix-huit jours. Elle s'est prolongée jusqu'au trente-huitième jour, chez une femme âgée de vingt-trois ans, en apparaissant et disparaissant successivement sur la face, la nuque, les avant-bras, les poignets.

B. — *Terminaison de l'urticaire aiguë.*

L'urticaire peut disparaître subitement. Koch assure avoir vu des ophthalmies, la toux, des vomissements, des défaillances, résulter de cette sorte de rétrocession ([2]).

La terminaison, qui est généralement assez rapide, commence par l'affaissement des papules. Les taches rouges s'effacent ensuite.

Koch a vu la peau devenir humide, quelquefois se couvrir d'une *sueur* copieuse, d'odeur désagréable et de nature acide. J'ai observé une sueur abondante coïncidant avec la terminaison de l'urticaire, chez quelques malades; mais je n'ai rien distingué de remarquable dans les qualités de la sueur.

Quand l'éruption a pâli, l'épiderme se détache par lames

([1]) *Opera omnia*, t. I, p. 45.
([2]) P. 14.

plus ou moins larges. J'ai observé ce phénomène très-distinctement chez trois malades. Koch avait fait la même remarque. La *desquamation* est ordinairement beaucoup moins sensible. Elle a toujours paru nulle à M. Golfin. Elle est d'autant moins apparente que la durée de l'urticaire a été plus courte.

V. — *Coïncidences et suites de l'urticaire aiguë.*

1° La coïncidence la plus fréquente est celle des *fièvres intermittentes;* je l'ai signalée à l'occasion de ces maladies (1).

2° J'ai vu l'urticaire se manifester dans le cours d'une fièvre continue grave. Celle-ci avait commencé depuis six jours chez une femme âgée de vingt-deux ans. La langue était rouge et sèche, la respiration accélérée, le pouls très-fréquent; mais pas de symptômes d'entérite folliculeuse. L'urticaire dura trois jours. La fièvre persista jusqu'au vingt-cinquième jour.

3° J.-P. Frank a rapporté, d'après Morelli, l'observation d'une urticaire avec état typhoïde présentée par une femme âgée de quarante-un ans, soignée à l'hôpital de Bologne en 1789. La fièvre fut considérée comme rhumatico-gastrique. On employa les purgatifs. Le dixième jour les membres inférieurs devinrent enflés, le onzième ils se gangrenèrent, le quatorzième la mort survint (2).

4° L'irritation des voies digestives, l'embarras gastrique, la colite, peuvent se montrer en même temps que l'urticaire.

5° J'ai vu aussi l'ictère coïncider avec cet exanthème. Le prurit, provoqué par cette double circonstance, était atroce. La maladie n'en fut pas plus sérieuse.

6° Koch parle de vésicules et de pustules succédant aux papules de l'urticaire. Il s'agissait probablement d'une coïncidence d'ecthyma, comme M. Chausit en a donné un exemple (3).

7° La complication de l'urticaire avec le rhumatisme a été

(1) *Opera omnia*, t. III, p. 629.
(2) *Interpretationes clinicæ*, p. 417.
(3) *Annales des maladies de la peau*, t. IV, p. 89.

étudiée par M. Wickham (1). Il en a rapporté deux exemples; les malades, qui étaient des femmes âgées, l'une de vingt-un, l'autre de vingt-huit ans, ont guéri par l'usage du sulfate de quinine.

J'ai vu des douleurs rhumatismales et névralgiques succéder à l'urticaire chez un cultivateur âgé de vingt-quatre ans.

J'ai fait remarquer l'analogie qui existe entre l'urticaire et le rhumatisme sous le rapport de la mobilité et des déplacements de l'affection locale. Il existe une sorte d'affinité entre ces états morbides, comme nous en avons déjà constaté entre le rhumatisme et d'autres affections cutanées, l'érythème noueux par exemple.

G. — *Physiologie pathologique de l'urticaire aiguë.*

L'urticaire ne dépend ni d'un miasme contagieux ni d'un virus; mais elle naît souvent de l'action d'un principe irritant qui agit sur la membrane muqueuse gastro-intestinale ou sur la peau elle-même.

Les médecins humoristes admettent une âcreté, une acrimonie spéciale, une altération du sang (2).

D'autres ont placé dans les voies digestives le foyer primitif de la maladie (3).

La sensation spéciale dont l'exanthème est le siége, sa mobilité, les sympathies qu'il provoque, la coïncidence fréquente de douleurs plus ou moins vives, ne permettent pas de douter de la part que le système nerveux prend à la production de l'urticaire.

C'est une affection générale, comme la plupart des exanthèmes aigus, ayant son principal retentissement à la peau.

C'est une affection congestive, une fluxion cutanée, se présentant sous un aspect spécial, et simulant une inflammation sans en offrir les véritables caractères.

(1) *Revue méd.-chir.*, t. VIII, p. 260.

(2) Golfin, p. 35.

(3) Selle; *Méd. cliniq.*, t. I, p. 142. — Winterbottom, p. 66.

On a voulu préciser le siége intime de la fluxion. On a affirmé que l'urticaire intéressait essentiellement les glandules (Koch) et les canaux sudorifères (Gruby (1)) de la peau. Comme dans l'érysipèle, il y a afflux du sang et des fluides séreux. Je ne pense point qu'il y ait exsudation dans les mailles du derme. Les papules ne sont pas, comme le supposait Koch (2), de nature œdémateuse; leur exacte circonscription et leur subite disparition prouvent que les fluides, en s'accumulant, n'ont pas abandonné les voies circulatoires.

II. — *Diagnostic et prognostic de l'urticaire aiguë.*

Il suffit d'avoir vu ou éprouvé les effets du contact des orties pour se former une idée exacte de l'exanthème dont il s'agit.

Wichmann s'est arrêté à établir un parallèle entre l'urticaire et la rougeole (3), lorsque l'origine, la marche, l'aspect de l'éruption, les sensations provoquées par ces deux maladies, n'offraient rien de commun.

Il y aurait plus de ressemblance entre l'urticaire et le lichen aigu, l'érythème papuleux, l'érythème marginé. Mais il serait facile d'en montrer les nombreuses différences. Cette comparaison me paraît superflue.

L'urticaire n'offre par elle-même aucune gravité, mais elle peut accompagner des états morbides plus ou moins dangereux. Sa suppression brusque a pu susciter, comme je l'ai dit, quelques accidents, comme son apparition à la fin d'une maladie grave a parfois opéré une crise salutaire.

I. — *Traitement de l'urticaire aiguë.*

L'urticaire ne présente aucune indication spéciale.

Survenant chez un sujet pléthorique, avec des indices d'ir-

(1) *Revue méd.*, 1848, t. I, p. 13.
(2) P. 16.
(3) *London Med. and Phys. Journ.*, t. X, p. 487.

ritation gutturale, gastrique ou intestinale, elle peut réclamer l'emploi de la saignée ou l'application des sangsues à l'anus ou sur l'abdomen. J'ai vu chez dix à douze malades ces moyens hâter la terminaison de l'exanthème. Quelquefois un état saburral a nécessité l'emploi du tartre stibié.

La coïncidence d'accès fébriles réguliers motive l'usage du sulfate de quinine.

Si l'on supposait que l'ingestion d'un aliment irritant ou d'une substance vénéneuse occasionne l'urticaire, à l'aide de boissons tièdes, abondantes, et au besoin de vomitifs, on provoquerait l'expulsion de l'agent toxique.

Dans tous les cas, un régime sévère, même la diète si la fièvre est forte, des boissons délayantes, des lavements, doivent être prescrits, ainsi que le repos.

Il faut recommander au malade de dompter le besoin qu'il éprouve de presser, frotter, gratter les parties où l'urticaire se développe, car les frictions exaspèrent la démangeaison.

LICHEN AIGU.

Hippocrate s'est servi, à plusieurs reprises, du mot λειχῆνες, notamment à la fin du II[e] livre des *Prorrhetiques* et dans l'aphorisme 20 du III[e] livre. Foës a traduit *leichenes* par *impetigines* (1). Dans le premier passage, Hippocrate indique les lichens comme affectant l'enfance, pouvant n'être d'abord qu'une maladie légère, mais susceptible de devenir grave quelquefois. Dans le deuxième, il considère cette affection cutanée comme l'une de celles que le printemps fait naître.

Celse mentionne deux genres de papules, sans articuler le mot *lichen;* mais il désigne spécialement comme connue des Grecs une sorte d'affection papuleuse, sous le nom d'*αγρια* (2), terme qui a été utilisé beaucoup plus tard.

Lorry prétend que les anciens entendaient par le mot *lichen* une lésion bornée à la superficie de la peau, comme ces

(1) Hippocrate; *Opera*, p. 114 et 1248.
(2) *De re medica*, lib. V, cap. II, sect. XIV, § 18.

cryptogames parasites portant le même nom, qui couvrent l'écorce des vieux arbres ; il en retrouve les apparences dans le genre d'affection qu'on a nommé *dartres farineuses* (1). Il distingue quatre sortes de lichens, en les confondant évidemment avec le pityriasis et le psoriasis.

C'est Willan qui a fixé la signification aujourd'hui adoptée du mot *lichen*. Il nomme ainsi une affection superficielle de la peau, qui consiste en des papules petites, coniques, prurigineuses, de couleur rouge ou pâle, groupées sur une région, ou disséminées sur plusieurs.

Il a distingué six variétés de lichens, sous les noms de *simplex, pilaris, circumscriptus, agrius, lividus* et *tropicus*.

Bateman a ajouté le lichen *urticatus*, qui ressemble à la piqûre des cousins ou des punaises, qui se rapproche beaucoup de l'urticaire et paraît propre aux jeunes sujets.

Biett a décrit un lichen *gyratus* ou en forme de ruban (2).

Wilson a mentionné un lichen *annulatus*, ayant quelques rapports avec l'érythème marginé de Bateman (3).

Presque toutes ces formes du lichen sont chroniques ; il ne s'agira maintenant que de celles dont la marche est aiguë, et dont le type est représenté par le *lichen simplex* ou *lichen fébrile* de Gregory (4).

a. — Causes. — Les divers âges sont exposés à l'invasion du lichen, mais les personnes délicates et nerveuses plus que les autres.

J'en ai observé quelques cas dans les mois de mars, avril, septembre, octobre et janvier; mais cette maladie est plus fréquente en été que dans les autres temps de l'année. Elle se montre chez les individus robustes ou faibles, qui subissent l'influence d'une vive chaleur, soit devant un foyer toujours ardent, tel que les forgerons, les cuisinières, soit sous un so-

(1) *De morbis cutaneis*, p. 242.
(2) Cazenave et Schedel, p. 341.
(3) *Diseases of the skin*, p. 141.
(4) *Eruptive fevers*, p. 318.

leil brûlant, comme les faucheurs, les laboureurs, soit dans les climats voisins de l'équateur.

Willan a cru devoir distinguer par un titre spécial le lichen développé sous cette dernière influence. Il en a constitué un *lichen tropicus*. Des documents fort intéressants ont été fournis à ce sujet par Bontius [1], par Hillary [2], par Clark [3], par Mosely [4], par Winterbottom, qui communiqua directement à Willan les observations qu'il avait faites à Sierra-Leone [5], et par Johnson, qui lui-même fut atteint de ce lichen tropicus [6].

Winterbottom a remarqué que cet exanthème affecte plus souvent et avec plus d'intensité les personnes dont la peau est fine et molle, et dont les cheveux sont blonds ou rouges. C'est dans les premiers temps de leur séjour que les étrangers sont affectés. Il est assez singulier que l'éruption se manifeste surtout aux parties de la surface du corps, que les vêtements mettent à l'abri. Ainsi, c'est au cou, au thorax, aux membres qu'on la voit se développer, principalement chez ceux qui portent de la flanelle sur la peau ou d'autres vêtements plus ou moins chauds [7]. Cependant, Winterbottom a vu survenir des papules au front, près des cheveux, et Clark, aux mains.

Cette éruption a été attribuée à la piqûre de divers insectes ; mais telle n'est pas l'opinion de Hillary.

Le lichen urticatus a quelquefois été mis sur le compte de la vaccination, comme provoqué par elle.

Les écarts de régime, l'usage des aliments excitants et des boissons spiritueuses, peuvent être des causes de lichen aigu.

b. — Symptômes. — Le lichen aigu est quelquefois précédé de fièvre, de malaise, pendant vingt-quatre heures [8]; sou-

(1) *De Medicina indorum*, cap. XVIII.
(2) *On the air and diseases of the Barbadoes*, p. 13.
(3) *Obs. on the diseases of seamen in long voyages*, t. I, p. 34.
(4) *On the diseases of tropical climates*, p. 20.
(5) *Cutaneous diseases*, t. I, p. 53.
(6) *On the influence of tropical climates on european constitutions*. London, 1821.
(7) Mosely, p. 20.
(8) Gregory; *Eruptive fevers*, p. 318.

vent il débute sans phénomène prodromique par l'apparition de papules rouges, accompagnées de chaleur et de prurit, surtout dans le courant de la nuit.

Les papules n'ont souvent que la grosseur d'une tête d'épingle. Quelquefois elles sont plus larges, sans être très-saillantes.

Elles sont disséminées ou agglomérées. Quand plusieurs sont réunies, elles peuvent figurer des plaques de formes et d'étendues diverses. Mais d'autres fois, elles affectent une disposition régulière, soit qu'elles suivent une direction longitudinale, soit qu'elles dessinent un cercle ou un ovale.

Willan décrit sous le nom de *lichen annulatus solitarius* [1], une éruption de ce genre, qu'il a remarquée chez des femmes et des enfants. Cette éruption commençait par une simple tache, qui bientôt s'élargissait et offrait à sa circonférence une ou deux rangées de papules plus ou moins saillantes et d'une couleur rougeâtre. Il n'y avait le plus souvent qu'un cercle; on en voyait rarement un deuxième ou un troisième.

Lorsque le lichen se compose de papules agglomérées, enflammées, avec rougeur vive de la peau qui leur sert de base, avec picotement, chaleur, douleur, gerçures et exsudation séro-purulente, il se rapproche de l'*αγρια* des Grecs; c'est le *lichen agrius* de Willan, lequel passe fréquemment à l'état chronique.

Le lichen siége souvent à la face; je l'ai observé sur la région parotidienne, sur le pavillon de l'oreille, sur la joue; les papules sont alors assez développées. On le voit au cou, au tronc. L'éruption peut être bornée à une seule région. D'autres fois elle est étendue aux membres et au reste du corps; dans ce cas, les papules sont petites. Celles de la face dorsale des mains sont tantôt pâles, tantôt rouges. J'en ai vu former des plaques nombreuses autour des poignets.

Il est rare que des symptômes généraux accompagnent le lichen. Il n'y a presque jamais de fièvre; toutefois j'en ai

(1) *Diseases of the skin*, p. 141.

constaté dans quelques cas; parfois il y a eu coïncidence d'accès de fièvre intermittente. J'ai vu aussi le lichen accompagner des douleurs articulaires ou des douleurs abdominales vives.

c. — **Marche et durée.** — Les papules peuvent se former par évolutions successives, dont la durée n'est que de quelques jours. J'ai vu l'éruption s'interrompre pendant quatre jours pour reparaître avec presque autant d'intensité que la première fois.

La durée de la maladie peut n'être que de sept à dix jours. Selon Willan, elle peut persister jusqu'au 14e, 17e, 20e et même jusqu'au 30e jour. Le *lichen agrius,* quand il est peu intense, se termine à la fin du deuxième septenaire. S'il est accompagné d'une inflammation étendue de la peau, il dure plus longtemps. Le lichen annulatus, le lichen tropicus, se dissipent ordinairement après la troisième ou la quatrième semaine.

d. — **Terminaison.** — Il est rare que le lichen aigu disparaisse brusquement. Plus souvent il diminue par degrés. Les papules pâlissent, quelquefois jaunissent et s'affaissent; l'épiderme qui les recouvre se détache par lamelles distinctes, qui peuvent prendre l'aspect de croûtes minces.

e. — **Diagnostic.** — Le lichen, à son début, pourrait être pris pour la roséole ou pour la rougeole. Mais bientôt le développement de papules saillantes, au lieu de simples taches, fait cesser toute incertitude.

M. Gregory assure qu'il ne se passe pas d'année qu'on ne reçoive à l'hôpital des varioleux de Londres quelques individus atteints de lichen aigu pris pour un commencement de variole. Bientôt les doutes se dissipent (1).

Le lichen offre plus de ressemblance avec le prurigo; mais

(1) *Eruptive fevers*, p. 318.

ce dernier est chronique, et ses papules portent à leur sommet une petite croûte d'un rouge brun ou noirâtre, qui en forme le caractère distinctif.

Le lichen a quelque analogie avec la gale, surtout à cause du prurit qui l'accompagne; mais celle-ci est constituée par des vésicules; elle est contagieuse, elle occupe des points spéciaux, enfin elle guérit avec une extrême rapidité par un traitement convenable. Ces traits la distinguent parfaitement du lichen.

f. — **Pronostic.** — On considère cette maladie comme pouvant opérer une crise salutaire. Sous les tropiques, elle semble dénoter une bonne santé. Aussi sa suppression brusque est-elle redoutée comme produisant la céphalalgie et parfois la fièvre [1].

g. — **Traitement.** — Un régime très-tempérant, des bains tièdes, des boissons délayantes, suffisent le plus souvent pour guérir le lichen aigu. J'ai eu recours, selon les circonstances, à l'application de quelques sangsues à l'anus ou à l'emploi d'un purgatif; et comme topique, à un mélange de poudre de riz et d'oxyde blanc de zinc.

Dans les pays chauds, le prurit devenant insupportable, on a essayé de le calmer par divers moyens. Bontius parle de lotions faites avec de l'eau vinaigrée, à laquelle on ajoutait du sel de nitre ou du sel de prunelle, ou avec du suc de limons; remède devenu vulgaire à Sierra-Leone. Winterbottom préférait tout simplement des lotions avec l'eau fraîche, en même temps qu'il recommandait de ne pas prendre de liqueurs spiritueuses [2]. Déjà Towne avait remarqué que le lichen des climats chauds, au lieu de se terminer en quelques semaines, persiste avec opiniâtreté chez ceux qui s'abandonnent à l'intempérance [3].

(1) Clark, p. 34.
(2) Willan, p. 56.
(3) *Diseases of the westh indies*, p. 177.

STROPHULUS OU LICHEN AIGU DE LA PREMIÈRE ENFANCE.

Willan a décrit sous le nom de *strophulus* le lichen qui, sous diverses formes, se présente assez fréquemment chez les très-jeunes enfants. On n'indique ni l'étymologie ni l'origine de ce mot, que je verrais sans regret tomber en désuétude. Il exprime ce qu'on a appelé en France *feu volage, feux des dents*, dénominations plus vagues et moins admissibles dans la langue scientifique. Biett, M. Gibert, MM. Cazenave et Schedel, M. Gregory, ont rapporté le strophulus au lichen. J'adopte leur manière de voir, et je pense qu'on pourrait le désigner sous le titre de *lichen infantilis* ou *lichen aigu de la première enfance*.

Non-seulement ce lichen est commun chez les jeunes sujets depuis les premiers jours qui suivent la naissance (1) et pendant la première année de leur vie, mais encore il paraît très-souvent lié au travail de la dentition ou dépendant d'un dérangement des voies digestives (2), par suite d'une mauvaise alimentation. Il se manifeste aussi quelques jours après la vaccination (3). Il est plus fréquent dans les mois les plus chauds de l'année chez les enfants excitables ou pléthoriques. Il revêt certaines apparences qui ont autorisé Willan à établir des distinctions qui se résument ainsi :

1° Le *strophulus intertinctus* est formé de papules rouges, entre lesquelles la peau se couvre de taches d'un rouge plus ou moins foncé. On dirait les parties affectées couvertes d'une enveloppe teinte de couleurs plus ou moins vives. Aussi chez le peuple anglais, cet état morbide des nourrissons était-il appelé *red-gown*. On l'observe sur les joues et sur diverses autres parties.

2° Le *strophulus albidus* est formé de points blancs, un peu élevés, quelquefois entourés d'une légère rougeur.

(1) Dixième jour. (Willan, p. 98.)
(2) *Ibid.*, p. 19.
(3) Gregory, p. 318.

3° Le *strophulus confertus* résulte de la présence d'un grand nombre de papules de diverses grosseurs, se montrant soit à la face, soit aux membres.

4° Le *strophulus volaticus* présente des groupes de six à douze papules disposées circulairement, et s'élevant sur diverses parties du corps. Ces boutons et leurs intervalles sont colorés en rouge. Ce sont les *maculæ volaticæ infantum* de Sennert (1).

5° Le *strophulus candidus* est constitué par des papules blanches et volumineuses, ne reposant point sur une base enflammée, et séparées les unes des autres par de larges intervalles.

Voilà les cinq variétés de strophulus admises par Willan. On s'aperçoit bientôt que de simples nuances les distinguent, que le *candidus* et l'*albidus* se rapprochent beaucoup, ainsi que le *confertus* et l'*intertinctus*. Le même sujet peut présenter réunies, ou se succédant dans l'espace de peu de jours, ces diverses sortes d'éruptions. M. Rayer en a donné un exemple remarquable (2).

Le lichen aigu de la première enfance persiste pendant deux ou trois semaines; il peut se composer de plusieurs éruptions successives. Si les papules disparaissent rapidement, il survient de la diarrhée ou des vomissements. L'enfant éprouve du malaise. Willan conseille alors de le plonger dans un bain un peu chaud. Dans les circonstances ordinaires, il pense qu'on doit se borner à des ablutions tièdes. Je crois qu'on fera mieux encore de ne pas les conseiller, si ce n'est en été.

Il faut soigner le régime de la nourrice et ne permettre à l'enfant que le lait fourni par celle-ci. Quand le lichen infantile survient quelques jours après la vaccination, Gregory conseille de purger le petit malade avec 0gr,05 de calomel, 0gr,30 de rhubarbe et autant de jalap, divisés en quatre doses, pour en donner une chaque jour (3).

(1) *Opera*, lib. V, p. 3, sect. I, cap. VI.
(2) *Maladies de la peau*, t. II, p. 82.
(3) *Erupt. fev.*, p. 322.

NIRLES.

Il paraît qu'en Écosse le mot *nirles* servait jadis à désigner une éruption que Cullen rattachait à la rougeole varioliforme ou boutonnée [1]. Il est assez extraordinaire que les médecins anglais aient à peine fait mention de ce terme [2], et qu'il ait été choisi par William Batt pour désigner un exanthème qui se montra épidémiquement à Gênes en 1802 [3].

Cet exanthème offrait les traits suivants : il survenait une fièvre éruptive assez forte, accompagnée de maux d'estomac, de céphalalgie violente et continue; le coryza s'y joignait quelquefois. L'éruption, commençant le troisième jour, consistait en boutons nombreux, circonscrits, proéminents, répandus sur le corps et sur le visage; ils s'élevaient peu à peu, comme dans la petite-vérole discrète. Le second jour de leur apparition, leur couleur était d'un rouge peu vif, semblable à celle du foie. Au bout de vingt-quatre ou trente-six heures, l'éruption était complète. Alors la fièvre et tous les symptômes baissaient ou disparaissaient pour ne plus se montrer. Le malade reprenait son appétit; mais il restait singulièrement faible, eu égard au peu de durée et d'intensité de la maladie. Les boutons ne suppuraient pas comme dans la variole, et ne tombaient pas en desquamation comme dans la rougeole; ils s'évanouissaient le quatrième ou le cinquième jour de l'éruption.

William Batt résume ainsi les caractères du Nirle : « Boutons discrets, éminents, d'un rouge brun, paraissant après une courte fièvre, serrés les uns contre les autres, ne suppurant point et ne se réduisant pas en écailles furfuracées. »

On peut rapprocher de cette description quelques faits

(1) Cullen; *Synopsis nosologiæ methodicæ*, gen. XXVIII. *Rubeola variolodes scotis the nirles*, p. 180. — L'épidémie qui sévit à Édimbourg, en 1735 et 1736, et que j'ai mentionnée ailleurs, était une variété de la rougeole appelée *boutonnée*. — Bosquillon parle de cette forme de la rougeole, mais ne lui donne point le nom de *nirles*. (*Med. pratiq.*, t. I, p. 395.)

(2) Il est étonnant que M. Wilson ait placé ce nom dans la synonymie de l'*herpès phlyctenodes*. (*Diseases of the skin*, p. 211.)

(3) *Mém. de la Soc. d'Émulation de Gênes*. (*Bibliot. méd.*, 1807, t. XVII, p. 273.)

rapportés par Buxière; ils étaient relatifs à une éruption papuleuse, consécutive à la variole; la résolution des boutons était accompagnée d'une desquamation très-marquée ([1]).

Bouteille dit avoir vu dans les premières années de sa pratique, à Manosque, une épidémie de rougeole boutonnée, et chez quelques sujets l'éruption ressemblait à celle de la variole ([2]). Mais ici il ne s'agissait que d'une forme de la rougeole et non d'un autre exanthème.

Alibert, s'appuyant sur les observations de William Batt, a formé du nirle le cinquième genre de ses dermatoses exanthémateuses ([3]). Il ajoute avoir observé cette maladie fréquemment chez les enfants des colléges. Il est alors regrettable qu'il n'ait point relaté des faits particuliers, et qu'il se soit borné à quelques énoncés vagues, ayant pour conclusion que le nirle trouve sa place naturelle entre la varicelle et la rougeole.

J'ai vu chez quelques jeunes enfants, principalement chez des filles, un exanthème constitué par des papules rouges plus ou moins saillantes, de 2 à 3 millimètres de largeur, la plupart distinctes, quelques-unes agglomérées et exemptes de démangeaison. Il n'y avait pas ou presque pas de fièvre. Cette éruption a commencé le plus souvent par les membres inférieurs. Elle s'est étendue aux membres supérieurs; elle n'existait ni à la face ni au tronc. Les papules avaient de la rougeur à leur base. Cette teinte rappelait celle des taches de la rougeole. Quatre jours après, la nuance avait pâli et était devenue un peu jaunâtre. On eût dit une légère ecchymose. L'éruption était dissipée du dixième au douzième jour, sans vésicules, sans suppuration, et même sans desquamation sensible. Les phénomènes généraux avaient été à peu près nuls. Ne pourrait-on pas rattacher aux nirles cette affection exanthématique que j'ai considérée comme anomale? Quoi qu'il en soit, c'est une maladie très-légère et qui ne réclame que des soins hygiéniques.

([1]) *Ancien Journal*, t. IX, p. 82.
([2]) *Annales cliniques de Montpellier*, an XI, t. II, p. 87.
([3]) *Monographie des dermatoses*. Paris, 1835, p. 217.

6e GROUPE.

ECTHYMA AIGU, FURONCLE, ANTHRAX, CHARBON, PUSTULE MALIGNE.

L'*ecthyma aigu* est constitué par des pustules isolées, arrondies, dures, douloureuses, à base enflammée, qui se couvrent de croûtes épaisses et laissent après elles des taches rougeâtres avec une sorte de cicatrice au centre. C'est une maladie légère, accidentelle, et qui ne réclame point une étude spéciale. L'ecthyma chronique méritera au contraire quelque attention.

Le *furoncle* est une inflammation circonscrite, avec saillie centrale, se terminant rapidement par suppuration et par l'expulsion d'une matière solide, filamenteuse, molle, imprégnée de pus, et qu'on a nommée *bourbillon*.

L'*anthrax* est une tumeur inflammatoire, dure et douloureuse, siégeant spécialement dans les prolongements du tissu cellulaire sous-cutané et dans les aréoles du derme, et se terminant ordinairement par la gangrène des tissus affectés.

Le *charbon* ou anthrax malin est une tumeur essentiellement gangréneuse, avec chaleur brûlante et vive douleur, précédée et accompagnée de symptômes généraux très-graves.

La *pustule maligne* est une inflammation circonscrite, vésiculeuse, gangréneuse, produite par une inoculation virulente.

Ces maladies réclament un traitement chirurgical actif et immédiat; leur histoire appartient au domaine de la pathologie externe.

MALADIES CUTANÉES CHRONIQUES.

NOTIONS GÉNÉRALES.

I. Les maladies cutanées chroniques diffèrent, sous plusieurs rapports essentiels, des exanthèmes aigus. Il en est un certain nombre qui même ne pourraient prendre le titre d'*exanthèmes chroniques ;* telles sont plusieurs lésions purement locales, les maladies pigmentaires, les affections déterminées par la présence des parasites, etc.; ce ne sont point des *efflorescences*.

Si les exanthèmes aigus sont en général l'apanage de l'enfance et de la jeunesse, beaucoup de dermatoses chroniques appartiennent surtout à l'âge mûr et à la vieillesse.

Les premiers se développent sous l'influence de causes générales, extérieures, subordonnées aux constitutions médicales; les autres dépendent plus spécialement de causes individuelles, d'états de l'organisme préparés depuis longtemps par l'influence héréditaire ou par des conditions hygiéniques vicieuses, par des affections morales tristes, par des dispositions morbifiques constitutionnelles, par des lésions viscérales graves [1].

Les maladies exanthémateuses aiguës revêtent très-souvent un caractère épidémique qui demeure étranger aux secondes; mais celles-ci sont souvent endémiques.

Les premières sont contagieuses par l'action d'un virus ou par celle d'un miasme. Les maladies cutanées chroniques ne

[1] *Rapport entre les maladies de la peau et l'état du foie*, par Alex. Pujol. (*Œuvres*, t. II, p. 99.)

reconnaissent pour cause ni miasme, ni virus (excepté les syphilides); mais plusieurs se transmettent par l'intermédiaire d'êtres organisés, de nature végétale ou animale.

Les premières apparaissent après un travail fébrile plus ou moins intense, et signalent leur invasion par des phénomènes très-prononcés. Nous verrons les secondes débuter insensiblement et se développer sans réaction fébrile.

Les unes, entourées d'un appareil symptomatique complexe, acquièrent promptement une inquiétante gravité. Les autres ne compromettent pas immédiatement l'existence, mais elles l'empoisonnent par leur tenacité, par leurs envahissements, par les fâcheuses incommodités qu'elles entraînent.

Les premières ont des périodes parfaitement déterminées, et leur durée, presque indépendante des efforts de l'art, semble réglée d'avance; les autres ont une marche variable, irrégulière et toujours très-lente.

Les affections cutanées aiguës coïncident parfois chez les mêmes sujets, tout en conservant leurs attributs respectifs; les maladies cutanées chroniques peuvent se rencontrer, ou se succéder, ou se métamorphoser chez les mêmes individus sans offrir des natures diverses; c'est-à-dire que les formes varient, mais que le fond reste le même.

L'arrêt de développement des premières peut n'être pas sans danger, mais la suppression subite des secondes a fréquemment les plus fâcheuses conséquences ([1]). Devenues maladies constitutionnelles, habituelles, et quelquefois nécessaires, leur cessation pourrait être suivie de lésions graves du système nerveux, des organes thoraciques ou abdominaux.

Beaucoup d'exanthèmes aiguës ont pour caractère de ne se montrer qu'une fois pendant la vie. Les maladies cutanées chroniques ont pour attribut commun de tendre à récidiver.

Si les exanthèmes aigus doivent en général, à moins de complications et d'accidents, être abandonnés à la nature, les

([1]) *Gaz. des Hôpit.*, 1847, p. 234, 485, etc.

maladies chroniques exigent impérieusement les secours de l'art : la thérapeutique doit les attaquer de front; quelques-unes cèdent avec une étonnante facilité, d'autres résistent longtemps; il en est qui ne cèdent jamais, et gagnent chaque jour du terrain.

L'art a souvent besoin de modérer ou de détourner les réactions dans les exanthèmes aigus; il s'applique, au contraire, dans les maladies chroniques, à en provoquer d'actives, soit locales, soit générales; c'est ce qu'on appelle des *poussées*, après lesquelles une amélioration se prononce souvent.

La distinction des maladies cutanées en aiguës et chroniques repose donc sur une multitude de différences essentielles. Leur séparation, proclamée par Retz (1), par J.-P. Frank (2), par Joseph Frank (3), par Derien (4), par Marshall Hall (5), par Gregory (6), par Schoenlein (7), m'a paru rigoureusement établie, et j'ai dû l'adopter, malgré le faible inconvénient de voir les mêmes noms reparaître dans quelques-uns des chapitres des deux classes.

II. Un grand nombre d'exanthèmes aigus étaient inconnus aux anciens; il n'en est pas de même à l'égard des maladies cutanées chroniques. Hippocrate en a nommé plusieurs. Les mots *lichen*, *psore*, *lèpre*, *leucè*, *pityriasis*, *ecthyma*, *éphélides*, *esthiomène*, *etc.*, se trouvent dans ses écrits, il est vrai sans description et souvent sans définition (8).

Celse a donné quelques explications propres à fixer le sens

(1) *Des maladies de la peau, de leurs causes, etc.* Amsterdam, 1785.

(2) *Epitome de cur. hominis morbis*. T. III, *exanthemata*; t. IV, *impetigines*.

(3) *Praxeos medicæ universæ præcepta*, t. II, p. 9.

(4) *Essai d'une table synoptique des principales maladies de la peau.* (Thèses de Paris, 1804, nº 366.)

(5) *Edinburgh Med. and Surg. Journ.*, t. XIII, p. 193.

(6) Gregory divise les maladies cutanées en 1º exanthèmes graves, 2º affections fébriles légères, 3º affections cutanées chroniques de caractère bénin, 4º affections cutanées chroniques *mali moris*. (*Eruptive fevers*, éd. de New-Yorck, 1851, p. 4.)

(7) Barasch; *Synopsis impetiginum*, dissert. inaug. Berlin, 1841. (*Annales des maladies de la peau*, t. II, p. 211.)

(8) Voyez, pour ces aperçus historiques : Willan; *On cutaneous diseases*, introduct., p. 11; — Rayer; *Maladies de la peau*, t. I, p. XVI; — Rosenbaum; *Annales des maladies de la peau*, t. II, p. 198.

attribué de son temps à diverses dénominations, comme à l'égard des *impétigines*, des *papules*, du *vitiligo*, de l'*éléphantiasis*, *etc.*

Aretée a tracé, relativement à cette dernière maladie et à quelques autres, des descriptions encore aujourd'hui frappantes de vérité.

Pline a mentionné quelques dermatoses devenues très-communes de son temps.

Galien, ses successeurs et les médecins arabes, n'ont ajouté que peu de traits à l'histoire des maladies chroniques de la peau. Toutefois, on fait remonter à Avenzoar la découverte de l'*acarus scabiei*.

Une longue période s'est écoulée sans travaux remarquables sur la pathologie cutanée, dont le domaine fut cependant élargi par l'irruption et les ravages de la syphilis. Il faut arriver au XVII[e] siècle, c'est-à-dire à l'époque où Turner donna le résultat de ses observations pratiques (1), où Lorry s'efforça de concilier les données de la science antique avec ses propres recherches, et de constituer un corps de doctrine largement appuyé (2).

III. La carrière était désormais ouverte; plusieurs observateurs habiles y pénétrèrent, et leur premier soin fut de mettre de l'ordre dans une étude aussi complexe. Le besoin d'une distribution méthodique des divers états morbides dont la peau est le siége, était généralement reconnu; mais des difficultés de plus d'un genre attendaient les entreprises des dermatologistes. Ils partirent de points très-différents et établirent des classifications de diverses sortes.

1° Plenck fonda ses principales divisions sur les *formes* et sur l'*aspect extérieur* des éruptions (3). Proposée en 1776, cette méthode fut renouvelée, cinquante ans après, dans des

(1) *Treatise of diseases incident to the skin*. London, 1714; trad. en français, Paris, 1743.

(2) *Tract. de morbis cutaneis*, In-4°. Paris, 1777.

(3) Macules, pustules, vésicules, bulles, papules, croûtes, squames, callosités, excroissances, ulcères, plaies, insectes, maladies des poils et des ongles. *Doctrina de morbis cutaneis*. Vindobonæ, 1776.

termes analogues, par Eichhorn [1]. Vers la fin de ce long intervalle, vint s'appuyer sur la même base la classification à laquelle Rob. Willan a glorieusement attaché son nom [2], que Bateman adopta [3], que M. Rayer [4], Biett, ses élèves, MM. Cazenave et Schedel [5], M. Gibert [6], ont répandue et popularisée en France. Willan et Bateman admirent huit ordres, sous les noms de *papules, squames, exanthèmes, bulles, pustules, vésicules, tubercules* et *macules*. Cet arrangement paraissait naturel et simple ; il ne surchargeait pas la mémoire; il tenait compte des formes morbides initiales et élémentaires ; il en traduisait les principaux attributs par des termes clairs et significatifs. Car Willan, esprit judicieux et positif, écrivain érudit, dédaigna le stérile honneur d'inventer beaucoup de nouveaux noms ; il préféra donner aux mots anciens qu'il adopta un sens précis. Ses définitions des genres et des espèces sont restées dans la science ; elles ont singulièrement éclairé le diagnostic. Un progrès réel était accompli.

Mais la méthode de Willan n'avait pas atteint la perfection, comme on sembla le croire pendant quelque temps. On s'aperçut que les maladies les plus dissemblables par leur nature et par leur marche se trouvaient rapprochées sur de simples apparences, en vertu d'attributs secondaires ou inconstants et fugitifs [7]. M. Martins, il est vrai, défenseur habile de Willan, a fait remarquer que les fleurs fournissent les caractères les plus importants des familles, bien qu'elles passent vite [8].

(1) Stigmates, taches, rougeurs, papules, verrues, tubercules, phyma, bubon, callosités, bulles, pustules, squames, croûtes, cicatrices. (*Bullet. des Sc. méd.* de Férussac, t. XIV, p. 351.)

(2) *On cutaneous diseases of the skin*. London, 1808. Une première ébauche de cet important ouvrage avait obtenu, en 1790, la médaille d'or fothergillienne.

(3) *A practical synopsis of cutaneous diseases according to the arrangement*, of Dr Willan. London, 1817. La première édit. est de 1813.

(4) *Traité théorique et pratique des maladies de la peau*, 2 vol. Paris, 1835, 2e édit.

(5) *Abrégé pratique des maladies de la peau*. Paris, 1847, 4e édition.

(6) *Traité pratique des maladies spéciales de la peau*. Paris, 1840. Il en a élagué la plupart des exanthèmes aigus. — M. Moore Neligan en a fait de même dans son *Practical treatise of diseases of the skin*. Dublin, 1852.

(7) John Paget; *Revue méd.*, 1833, t. II, p. 185. — Gerdy jeune; *Archives*, 1835, t. IX, p. 498.

(8) *Revue méd.*, 1835, t. IV, p. 161. — Voyez aussi Thèses de Paris, 1834, n° 216, p. 23.

Un reproche plus sérieux a été adressé à la méthode de Willan, c'est d'être restée étrangère à quelques points essentiels de l'histoire des maladies cutanées et de n'avoir contribué en rien à éclairer le traitement.

2° Pendant que Willan, à Londres, s'efforçait de débrouiller le chaos de la pathologie cutanée, Alibert s'imposait à Paris une tâche semblable, mais en suivant une voie différente. Le médecin de l'hôpital Saint-Louis, considérant la physionomie des maladies, les groupait d'après une certaine ressemblance des causes ou des symptômes; il tentait l'application de la méthode naturelle à la dermatologie (1). Dans sa *Monographie des Dermatoses* (2), il a divisé ces maladies en *eczémateuses, exanthémateuses, teigneuses, dartreuses, cancéreuses, strumeuses, scabieuses, hémateuses, dyschromateuses, hétéromorphes*. Si plusieurs de ces groupes sont assez naturels, d'autres sont purement artificiels. Les deux premiers ne devaient en former qu'un; ce qu'il appelle dermatoses eczémateuses, c'est-à-dire l'érythème, l'érysipèle, le pemphigus, le zona, l'urticaire, etc., sont des exanthèmes, aussi bien que la variole, la rougeole, etc. Les teignes comprennent à tort la croûte de lait. Le prurigo n'est point une maladie scabieuse, etc. Alibert, pour montrer la parenté des genres composant ses diverses familles, eut l'idée d'en représenter l'ensemble sous la forme d'un arbre chargé de nombreux rameaux. Cette idée, empruntée au Traité des fièvres pernicieuses de Torti, ne pouvait s'appliquer ici; car les maladies cutanées, de natures si diverses, sont loin d'être attachées à une seule tige et de provenir d'une racine commune. Homme d'imagination, Alibert vise au pittoresque; il aime tout ce qui semble nouveau; ignorant ou paraissant ignorer les travaux de ses devanciers et de ses contemporains, il se pose en inventeur. La science lui doit cependant des observations judicieuses et quelques peintures fidèles; mais elle ne saurait tenir compte

(1) *Description des maladies de la peau*. Paris, 1806, in-folio. Planches, par livraisons. — *Précis théorique et pratique des maladies de la peau*. Paris, 1810.

(2) Ou *Précis théorique et pratique des maladies de la peau*, 2e édit. Paris, 1835.

des noms qu'il s'est plû à créer, et dont lui seul s'est servi. Qui a jamais employé les mots *olophlyctide* pour herpès, *pyrophlyctide* pour pustule maligne, *spiloplaxie* pour lèpre?

M. Paget, d'Édimbourg, s'était montré l'admirateur d'Alibert [1]; M. Duchesne Duparc l'a pris pour modèle [2]; M. Lafaurie l'a jugé, sous le rapport pratique, supérieur à Willan [3], et récemment M. Hardy a manifesté sa sympathie pour la classification d'Alibert, qu'il a simplifiée et améliorée [4].

3° L'idée de classer les maladies cutanées d'après leurs *causes* remonte à Lorry. Dans une première partie de son livre, il a rangé celles qui proviennent d'un vice intérieur, comme l'érysipèle, les papules, les pustules, les dartres, la lèpre, etc., et dans une seconde, celles qui appartiennent essentiellement à la peau, comme les hypertrophies, taches, verrues, etc. Cette division est vicieuse dans quelques détails, car l'alopécie, les furfures, certaines taches, etc., peuvent avoir une origine intérieure ou constitutionnelle, et, d'autre part, la roséole, le méliceris, l'intertrigo, peuvent n'avoir qu'une cause locale.

Plumbe dressa une division essentiellement étiologique. Il indiqua d'abord les maladies qui tirent leur origine d'un état spécial de la peau, comme l'acné; puis celles qui dépendent d'une inflammation chronique des vaisseaux qui sécrètent l'épiderme, comme la lèpre, le psoriasis; en troisième lieu, celles qui, résultant d'un mauvais état des organes intérieurs, exercent par leur développement une influence salutaire; enfin, celles dont le caractère est mixte [5].

Walther Dendy a considéré la plupart des maladies cuta-

(1) *Edinb. Med. and Surg. Journ.*, 1833, july.

(2) *Revue méd.*, 1846, t. I, p. 386.

(3) *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 1847, p. 364.

(4) 1° Macules, difformités, 2° inflammations locales, 3° maladies parasitaires, 4° fièvres éruptives, 5° éruptions symptomatiques, 6° dartres, 7° scrofulides, 8° syphilides, 9° cancers, 10° maladies exotiques. (*Leçons sur les maladies de la peau*. Paris, 1858.) Cette alternative de maladies chroniques et d'exanthèmes aigus rompt toute liaison entre les classes. Les inflammations locales sont mal à propos éloignées des fièvres éruptives. Le titre de *maladies exotiques* me semble un peu vague. Le molluscum, la keloïde, ne sont ni des macules ni des difformités, etc.

(5) *A pratical treatise on the diseases of the skin*, 4° édit. London, 1837. La première édit. est de 1824.

nées comme symptomatiques, soit d'une lésion des voies digestives ou des fonctions d'assimilation, soit d'idiosyncrasies, soit d'infection syphilitique; il met dans une dernière classe les maladies locales sans dérangement constitutionnel ([1]).

Fuchs, professeur à Goettingue, publia en 1840, peu de temps avant sa mort, un ouvrage sur les maladies de la peau ([2]), dans lequel ces affections sont rangées en trois séries : 1° les *dermatonoses*, qui sont propres à l'enveloppe cutanée et sont le point de départ des phénomènes généraux; 2° les *dermapostases*, qui dépendent de causes intérieures, scrofuleuse, goutteuse, psorique, lépreuse, tuberculeuse, etc.; 3° les *derméxanthèses*, ou maladies ayant pour origine des influences épidémiques et coïncidant avec des lésions du système muqueux, telles sont les rhumatoses, la miliaire, la rougeole, l'érysipèle, etc.

M. Isensée, de Berlin, a distingué les maladies cutanées en primaires ou protopathiques, et secondaires ou deutéropathiques. Aux premières se rattachent les *dyschroa* et *achroa, (maculæ)*, *atrichia* et *dystrichia*, *(pilosæ)*, *epizoa* et *epiphyta* (*vivæ*); aux secondes les *hypertrophiæ* et *atrophiæ (epidermo-nervosæ)*, les *epiphera* et *variolosa*, les *gastrica* et *erysipelacea (exanthematicæ)*, les *catarrhalia* et *rheumatica*, les *scrofulosa* et *impetiginosa*, les *leprosa* et *syphilitica*, les *scorbutico-typhosa* et *carcinomatosa*, etc. ([3]).

M. Baumès, chirurgien de l'hospice de l'Antiquaille à Lyon, a considéré les maladies cutanées au point de vue étiologique, et a attribué leur origine à des fluxions qu'il a soumises à des distinctions nombreuses, peut-être même un peu subtiles. Il parle de fluxions par cause externe, réfléchie, déplacée, excentrique, par diathèse idiopathique et complexe; puis il applique cette division à l'étude des éruptions érythémateuses (rougeole, scarlatine, etc.), vésiculeuses (là se trouve la gale

([1]) *Treatise of the cutaneous diseases incidental to childhood*. London, 1827.

([2]) Je dois à M. le Dr Borchard un aperçu des principales divisions de ce traité, écrit en allemand. On en trouve aussi l'indication dans les *Annales des maladies de la peau*, t. II, p. 212.

([3]) *Annales des maladies de la peau*, t. II, p. 264.

à côté du zona, et les teignes viennent après la suette miliaire), papuleuses, tuberculeuses, squameuses, éruptions se rapportant à plusieurs des ordres précédents (érysipèle, urticaire, acné, lupus), les macules ou taches, les excroissances ou végétations, les maladies de l'épiderme, ongles et poils, les éruptions par fluxion diathésique, syphilitique, scrofuleuse, cancéreuse et scorbutique ([1]).

M. Foltz, de Lyon, a proposé la division suivante : 1° maladies congestives et hémorrhagies (érythème, purpura); 2° maladies cutanées miasmatiques (roséole, rougeole, variole, etc.); 3° maladies cutanées virulentes (vaccine, syphilis, morve, charbon, etc.); 4° par vice du sang (scrofule, esthiomène, cancer); 5° épizoaires et épiphytes (gale, favus, muguet); 6° maladies cutanées critiques d'un état particulier inconnu de l'économie (érysipèle, herpès, anthrax); 7° maladies cutanées cachectiques (ecthyma, rupia, pemphigus); 8° maladies cutanées dépuratoires (impétigo, eczéma); 9° maladies distinguées selon leur siége (acné, mentagre) et leurs formes, papuleuse (urticaire, lichen, prurigo) ou squameuse (pityriasis, psoriasis, ichthyose, pellagre); 10° maladies hétéromorphes (kéloïde, molluscum, éléphantiasis des Grecs et des Arabes, vitiligo) ([2]).

4° Quelques dermatologistes ont pris pour base de leurs divisions les *produits* des maladies cutanées. M. Gerdy jeune les avait distinguées en sèches et humides ([3]). M. Duvergie les a divisées en sécrétantes et non sécrétantes. Les sécrétantes fournissent de la sérosité ou du pus ou une matière grasse. Dans une dernière classe sont les productions végétales et animales ([4]).

M. Hebra, de Vienne, a fait entrer dans sa classification, comme élément important, les modes variés d'exsudations et

([1]) *Nouvelle dermatologie*, ou *Précis théorique et pratique des maladies de la peau*, 2 vol. Paris et Lyon, 1842.

([2]) *Revue médicale*, 1850, t. I, p. 146.

([3]) Thèses, 1837, n° 128, p. 22.

([4]) *Revue médicale*, 1846, t. I, p. 384. — *Bullet. de Thérap.*, t. XXVII, p. 128. — M. Devergie n'a pas reproduit cette division dans son *Traité des maladies de la peau*.

de formations nouvelles, qui dérivent des lésions cutanées. Voici ses principales classes : 1° hypertrophies ; 2° atrophies ; 3° anomalies des sécrétions ; 4° processus transsudatif, *a.* séreux (vésicules, bulles, œdème), *b.* puriforme (achor, psydracion, phlysacion), *c.* coagulable, (macules, papules, tubercules, phyma, pemphus), *d.* hémorrhagique ; 5° hémorrhagies (pétéchies, vibices, ecchymoses) ; 6° stases, congestions ; 7° nouvelles formations (celluleuse, adipeuse, fibreuse, mélanose, célestéatome) ; 8° formation végétale *(favus)* ; 9° formation animale *(acarus, comedo, cysticerque, etc.)* (1).

5° Le *siége spécial* des maladies de la peau a servi aussi à les classer. Mercuriali avait séparé celles qui affectent la tête de celles qui se manifestent sur les autres parties ; mais ce n'est pas d'une distribution topographique qu'il s'agit. Le siége en question doit être essentiellement *anatomique,* c'est-à-dire relatif aux tissus divers et superposés qui constituent la peau.

Le premier essai d'une classification établie sur cette base fut présenté par Jackson. Cet auteur divisa les maladies cutanées en trois groupes, selon qu'elles affectaient les glandes sébacées, les bulbes des poils ou les vaisseaux (2).

Grimaud, d'Angers, présenta en 1831 un essai du même genre ; il distingua les maladies du corps réticulaire, des papilles, des cavités infundibuliformes et des follicules (3).

M. Gerdy jeune distingua des affections dyschromateuses celles de l'épiderme et des follicules (4).

Ces essais étaient fort incomplets. M. Rosenbaum, de Halle, embrassa l'ensemble des maladies cutanées, qu'il divisa de la sorte : *a.* maladies de l'épiderme et du corps muqueux ; *b.* du chorion et du corps papillaire ; *c.* des vaisseaux de la peau ; *d.* des nerfs ; *e.* du pannicule adipeux ; *f.* du tissu cellulaire sous-cutané ; *g.* des glandes sébacées (5).

(1) *Annales des maladies de la peau,* t. II, p. 63.

(2) *Dermato-pathologia.* Londini, 1791.

(3) *Lancette française,* t. V, p. 327.

(4) Thèses de Paris, 1837, n° 128.

(5) *Histoire et critique des doctrines des maladies de la peau.* Halle, 1844, trad. de l'allemand, par M. Daremberg. (*Annales des maladies de la peau,* t. II, p. 274.)

M. Charles Baron a présenté à l'Académie de Médecine une division des affections cutanées, d'après leur siége dans les appareils vasculaire, papillaire, sudoripare, sécréteur de l'épiderme, chromatogène, des follicules sébacés, des bulbes pilifères, de la matrice des ongles, de la trame cellulo-vasculaire. Dans une dernière série sont placées les maladies qui affectent plusieurs éléments (1).

6° Enfin, divers auteurs ont assis leurs classifications sur plusieurs des bases qui viennent d'être indiquées.

Struve a disposé les maladies cutanées sous les titres suivants : Cl. I. *Névroses*. — II. *Apocénoses*. — III. *Paraplasma* (conformations anormales). — IV. *Épidermoses, trichoses, onychoses, Jonthi*. — V. *Parachromata* — VI. *Dermophlegmasiæ, extensæ vel maculosæ*. — VII *Dermophlegmasiæ pomphosæ* (urticaire). — VIII. *Dermophlegmasiæ papulosæ*. — IX. *Dermophlegmasiæ variolosæ*. — X. *Dermophlegmasiæ bullosæ*. — XI. *Dermophlegmasiæ pustulosæ*. — XII *Dermophlegmasiæ vesiculosæ*. — XIII. *Dermophlegmasiæ synamosæ*. — XIV. *Dermophymata*. — XV. *Dermochorismata* (intertrigo, prurigo, etc.) — XVI. *Dermelminthiasis*. — XVII. *Corpora peregrina in cute* (2).

Nicolas de Alfaro, de Madrid, a divisé les affections cutanées en trois ordres. Le premier renferme les maladies de la peau proprement dite, partagées en trois groupes : 1° maladies déterminées par l'inflammation simple ; 2° maladies spéciales avec des formes morbides essentielles (exanthèmes, vésicules, papules, etc.) ; 3° maladies constitutionnelles (scrofules, cancer, syphilis). Le second ordre comprend les maladies des dépendances de la peau ; ce sont : les altérations des poils, de l'épiderme, de la sécrétion sébacée et de la perspiration, des ongles, des follicules et de la couleur. Le troisième ordre se compose des maladies rares ou des climats (3).

(1) Rapport d'Émery sur le Mémoire de Ch. Baron. (*Bullet. de l'Acad. de Méd.*, t. XII, p. 783.)

(2) *Synopsis morborum cutaneorum secundum classes, genera, species, et varietates*. Berlin, 1829.

(3) *Tratado de enfermedades cutaneas*. Madrid, 1840. (*Annales des maladies de la peau*, t. II, p. 266.)

M. Érasmus Wilson a partagé les maladies cutanées en deux grandes séries. Il range dans la première celles qui affectent l'ensemble de la structure cutanée, et dans la seconde celles qui affectent spécialement les tissus dont cette membrane est formée. Les maladies de la première série naissent : 1° de causes générales (érythème, lichen, eczéma, psoriasis, impétigo, etc.); 2° de causes spéciales externes (gale, brûlures, etc.); 3° de causes spéciales internes (lèpre, lupus, kéloïde, éléphantiasis, etc.); 4° de cause syphilitique; 5° de poisons d'origine inconnue (rougeole, scarlatine, variole, varicelle, vaccine, etc.). Les maladies de la seconde série affectent les tissus en particulier, savoir : les vaisseaux, l'élément nerveux, les papilles, le pigment, les organes sudoripares, les organes sébipares, les cheveux et les follicules pileux, les ongles et leurs racines ([3]).

IV. Ce simple coup d'œil fait connaître les analogies et les différences, les avantages et les inconvénients des principales classifications des maladies cutanées. Ces maladies sont si nombreuses, leurs nuances sont si multipliées et parfois si peu distinctes, que, sans un ordre quelconque, il serait impossible d'éviter la confusion, d'arriver à un diagnostic précis, et de poser des indications utiles.

Les classifications fondées sur l'aspect et les formes extérieures servent au diagnostic; celles qui reposent sur l'étiologie donnent au traitement ses préceptes les plus positifs; celles qui s'appuient sur le siége anatomique établissent d'importants rapprochements, et éclairent divers points de la pathologie cutanée. Quant aux méthodes qu'on a voulu considérer comme naturelles, elles ne sont réellement applicables qu'à un petit nombre de familles.

Je me propose d'utiliser ce que ces divers modes d'arrangement offrent d'avantageux. Il me paraît convenable d'étudier les maladies cutanées sous deux points de vue : d'abord relativement au siége spécial des lésions, c'est-à-dire au point de

([3]) *Diseases of the skin.* London, 4e édit., 1857. La première édit. est de 1842.

vue anatomique; puis relativement aux circonstances qui provoquent ou entretiennent les lésions, c'est-à-dire au point de vue étiologique. Dans ces deux grandes classes viendront se ranger, à titre de divisions secondaires, les sections et les ordres, qui conduisent à des distinctions plus circonscrites encore, c'est à-dire aux genres et aux espèces.

Voici le tableau qui me semble pouvoir comprendre la double série de notions qu'il s'agit de coordonner :

Ire Division. — Maladies cutanées chroniques considérées au point de vue anatomique.

1re Section. — Maladies de l'épiderme et des ongles.
2e — — du système pileux.
3e — — des follicules sébacés.
4e — — des organes sudoripares.
5e — — du pigment cutané.
6e — — du réseau vasculaire cutané.
7e — — du système nerveux cutané.
8e — — du derme.

IIe Division. — Maladies cutanées chroniques considérées au point de vue étiologique.

1re Sous-Division. — Maladies parasitaires.

1re Section. — Maladies zoo-parasitaires.
2e — — phyto-parasitaires.

2e Sous-Division. — Maladies diathésiques.

1re Section. — Maladies occasionnées par diathèse polygénique.

1er Ordre. — Herpétides.
2e — Syphilides.
3e — Scrofulides.
4e — Cancrides.
5e — Arthritides.

2e Section. — Maladies déterminées par diathèse monogénique.

Plique, Pellagre, Éléphantiasis des Grecs, Radesyge, Pian, Bouton d'Alep, etc.

Ire DIVISION.

MALADIES CUTANÉES CHRONIQUES CONSIDÉRÉES AU POINT DE VUE ANATOMIQUE.

L'organisation de la peau est complexe, et chacun des tissus dont elle se compose, jouissant de propriétés diverses, peut être le siége de maladies différentes. Je vais examiner surtout celles qu'on peut considérer comme locales. Les maladies qui reconnaissent des causes spéciales, ou des causes constitutionnelles appartiennent à la seconde division.

1re SECTION. — MALADIES DE L'ÉPIDERME ET DES ONGLES.

Tissu à peu près inorganique, dépourvu de sensibilité et de vascularité, l'épiderme n'est susceptible que de séparation prématurée ou d'épaississement anormal.

A la suite des exanthèmes aigus, il se détache : c'est le phénomène nommé *desquamation;* quelquefois ce sont de grands lambeaux qui se séparent.

On a vu l'épiderme se détacher sans lésion très-manifeste des autres éléments de la peau. M. Costes nous montra, il y a plusieurs années, de larges plaques d'épiderme enlevées de l'abdomen d'un jeune mousse, qui était depuis quelques jours à l'hôpital pour un léger œdème du scrotum. Sous l'épiderme, au moment où on le détachait, existait une humidité très-marquée, sans autre altération (1).

I. — VERRUES.

On appelle *verrues* ou *poireaux* de petites tumeurs arrondies et circonscrites, solides et plus ou moins consistantes, qui s'élèvent isolément, mais en nombre plus ou moins considérable, à la surface de la peau.

Elles ont 2 à 3 millimètres de largeur et de hauteur, quel-

(1) *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 1852, p. 431.

quefois davantage. Leur surface inégale, mamelonnée, est de la couleur de l'épiderme, mais plus foncée, et souvent d'un jaune-grisâtre.

Elles sont essentiellement composées d'un tissu épidermique formant des faisceaux filamenteux implantés perpendiculairement sur la face externe du derme.

Les papilles concourent-elles à la formation des verrues? C'était l'opinion très-affirmative de Leidenfrost ([1]). M. Er. Wilson est du même avis. Ses recherches furent faites en 1830 sur lui-même ([2]). Mais M. Gustave Simon, de Berlin, conteste que les papilles du derme soient toujours hypertrophiées dans les verrues. Je partage ce doute. Ces petites tumeurs sont insensibles. On peut les déchirer sans causer de douleur. Il me paraît peu probable que l'extrémité des nerfs s'allonge et fasse saillie dans le centre d'une verrue, dont le tissu a toujours une certaine consistance, bien différente de la mollesse pulpeuse des extrémités papillaires des nerfs. J'admets plutôt que des vaisseaux sanguins se développent dans le pédicule de la production verruqueuse.

Bien des fois, en procédant à la destruction de verrues volumineuses, j'ai pu étudier leur texture. En ayant préalablement entouré la base d'un petit emplâtre de sparadrap, j'ai dissocié avec la pointe d'un instrument acéré les filaments agglomérés en gerbe dont se composait l'éminence verruqueuse. Pénétrant jusqu'à sa base, en écartant les lanières provenant de cette sorte de déchirement, j'ai vu quelques légères gouttelettes de sang teindre l'extrémité interne des filaments. Je n'ai provoqué aucune douleur, à moins de dépasser la verrue. Cette opération préliminaire, qui me donnait la facilité d'étudier l'organisation de l'hypertrophie épidermique, avait pour but de laisser pénétrer, jusqu'aux couches les plus profondes, du nitrate d'argent en poudre. Ce caustique, recouvrant complétement la verrue, était lui-même enveloppé avec un second emplâtre de sparadrap. Cet appareil était

([1]) *Nonnulla de epidermidis humanæ natura et morbis.* (*Opera,* t. IV, p. 62.)

([2]) *Diseases of the skin,* p. 546.

ainsi laissé à demeure pendant quatre ou cinq jours. Après ce temps, je trouvais une croûte épaisse et noirâtre à la place de la verrue. Cette eschare se détachait peu de temps après. Alors il ne restait plus rien de la tumeur. Quelquefois j'ai vu à sa place une espèce de petite saillie rouge qu'il a fallu cautériser; c'était le lacis vasculaire central que le nitrate en poudre n'avait pu atteindre. Je n'ai nullement redouté de léser une expansion nerveuse.

Les verrues naissent principalement sur les mains; elles y sont isolées, mais elles peuvent s'y amonceler. Il est même des circonstances rares, dans lesquelles les mains et les pieds se sont recouverts d'excroissances épidermiques analogues aux verrues.

Behrends a publié l'observation d'un homme de cinquante-trois ans, qui portait aux régions palmaires et plantaires des protubérances dures, fixes, larges et comme mamelonnées, d'un blanc grisâtre, de la consistance de la corne tendre, et d'apparence verruqueuse. Leur surface, quoique sèche, saignait avec facilité; les ongles avaient pris la forme de griffes ou d'ergots. Ces excroissances rendaient pénibles la marche et la préhension des objets ([1]).

Des verrues nombreuses peuvent se développer à la vulve et sur la partie interne des cuisses. J'en ai vu qu'il était impossible de confondre avec les plaques ou papules de nature syphilitique. Elles furent excisées avec les ciseaux et cautérisées avec le nitrate d'argent.

Il se forme aussi des verrues sur la face et le cou; elles sont allongées et ont une base étroite, une sorte de pédicule. On peut les lier avec un fil de soie. Cette variété a reçu le nom d'*acrochordon*.

Il s'en forme aussi sur la peau du crâne; elles peuvent être allongées et comme digitées.

La cause qui engendre les verrues est inconnue. Elle est probablement locale, mais elle peut se répéter sur les points

([1]) L'analyse de cette observation a été consignée dans les *Archives*, t. XIII, p. 260.

voisins de la surface cutanée, et multiplier ainsi ces éminences. M. Rennes les a vues en très-grand nombre sur le côté du tronc, se propager vers la clavicule et de là sur le bras, l'avant-bras et la main (1).

Le vulgaire suppose que le sang d'une verrue écorchée peut en produire d'autres par son contact sur d'autres régions. M. Wilson n'admet pas cette supposition.

Les verrues se flétrissent et tombent après un certain temps. On en a vu se détacher spontanément après une diarrhée abondante (2), ou par suite de l'usage du carbonate de magnésie (3), ou des préparations arsénicales (4).

Beaucoup de topiques ont été recommandés, tels sont le suc de grande chélidoine, la poudre de sabine mêlée de sous-acétate de plomb (5), etc. Les acides minéraux concentrés sont plus souvent employés; ils ont l'inconvénient de dépasser les parties sur lesquelles on les applique. M. Prosper Meynier, d'Ornans, procède à l'extirpation des verrues en arrachant successivement tous les filaments qui les composent (6).

Sous le nom de verrues on mentionne des maladies cutanées plus graves que celles dont il est question ici. Cette dénomination est alors inexacte. Il s'agit de tumeurs épithéliales, de cancroïdes, qui commencent, il est vrai, par les apparences et le volume d'une simple verrue, mais qui bientôt changent de caractère.

II. — CORS.

L'épaississement circonscrit de l'épiderme produit par une pression soutenue, porte les noms de *durillons, cors* ou *tylosis*.

(1) *Archives*, t. XXVI, p. 370.

(2) Cheneau; *Nouveau Journal*, t. VII, p. 188.

(3) *Journal des Progrès*, t. IV, p. 275.

(4) Lambert de Haguenau; *Journ. de Bruxelles*, 1852, t. XV, p. 232. — Rodriguez y Espinosa; *Revue thérapeutique du Midi*, sept. 1853.

(5) Thomson; *Traité de l'Inflammation*, p. 467.

(6) *Gaz. méd.*, t. IV, p. 684.

Le siége de cette altération est ordinairement aux pieds et quelquefois aux mains, principalement vers les régions plantaire ou palmaire.

Il est des personnes qui y paraissent très-sujettes. Des chaussures trop étroites ou mal adaptées à la forme du pied, le maniement des corps durs, une pression accidentelle mais prolongée, peuvent donner lieu à ces indurations.

On en a distingué plusieurs espèces. La plus commune constitue le cor lamineux. Alibert l'appelle *tylosis gompheux*. L'épiderme épaissi présente des lames pressées les unes contre les autres, parfois colorées en brun ou en noir par quelques gouttes de sang infiltré et desséché.

Si le cor présente une plus grande épaisseur au centre, la pression qu'il exerce ramollit et amincit le derme. S'il s'use au centre et y produit une perforation, le derme se tuméfie et se présente sous la forme d'une fongosité. Durlacher a décrit cette modification sous le nom de *cor neuro-vasculaire* (1).

Alibert a nommé *tylosis calleux* une altération de l'épiderme, remarquable par la dureté unie à l'épaississement.

M. Wilson a nommé cors mous, *soft corns*, des productions épidermiques développées entre les orteils. Ils résultent de la pression mutuelle des phalanges, dont les extrémités sont renflées. Ils sont sans cesse imbibés par le fluide de la perspiration. Ces cors donnent quelquefois naissance à une ulcération sinueuse qui s'étend jusqu'à la phalange. On a vu l'exfoliation de la surface de l'os en être la conséquence (2). Ces diverses sortes d'excroissances épidermiques sont très-douloureuses, surtout la dernière.

Le traitement consiste à diminuer les pressions exercées, à ramollir le cor par des immersions, par l'usage des pédiluves alcalins (3), par des emplâtres de savon ; si ces moyens

(1) *A treatise on corns, bunions, diseases of the nails, etc.* London, 1845.

(2) Wilson, p. 552. — A cet ordre de lésion doit se rapporter le *mal perforant du pied*, décrit avec grand soin dans ces derniers temps par plusieurs chirurgiens français, MM. Nélaton, Vesignié, Leplat, etc. (*Bullet. de Thérap.*, t. XLIX, p. 203.)

(3) M. Payan a employé contre un tylosis calleux des pédiluves avec la lessive de cendres de sarments. (*Revue méd.*, 1843, t. II, p. 192.)

ne suffisent pas, on doit procéder à l'excision, mais il faut enlever toute l'épaisseur du cor, et quelquefois il est utile d'achever la séparation par le moyen d'un caustique; le meilleur est le nitrate d'argent en poudre.

III. — ÉPAISSISSEMENT PARTIEL DE L'ÉPIDERME; *PACHULOSIS.*

L'épiderme peut s'épaissir sans présenter une augmentation notable de dureté. M. Gerdy jeune a vu cet état à la paume des mains et à la plante des pieds chez une jeune couturière, dont la mère présentait une disposition pareille (1).

Dans l'épidémie de Paris de l'année 1828 (acrodynie), l'épiderme de l'extrémité des doigts et des orteils s'épaississait notablement.

On voit quelquefois à la suite de l'eczéma chronique ou des ulcérations aux membres inférieurs, le nouvel épiderme, d'abord très-mince, devenir épais et comme crustacé. Il adhère peu au derme.

Si cet épaississement gêne les mouvements, on peut, avec des lotions huileuses et alcalines, détacher les lamelles les plus superficielles. Mais il faut prendre garde, d'après ce qui vient d'être dit, de ne pas détacher la totalité de l'épiderme.

Stulli rapportait, en 1826, que depuis cinquante ans une singulière maladie s'observait chez les nouveaux nés, dans un village de l'île de Malte. L'épiderme de la paume des mains, de la surface palmaire des doigts, de la plante des pieds et des talons, était très-épais, d'où résultait une surface raboteuse, inégale, et des fissures comme celles de l'écorce du liége. Aux coudes on observait un pareil épaississement. Ces surfaces ne suaient pas, ne jouissaient d'aucune sensibilité; mais il y avait un suintement infect par les fentes de l'épiderme de la plante des pieds. Cette maladie n'était point contagieuse, mais elle était héréditaire et endémique (2).

M. Souty a présenté, en 1842, à la Société anatomique,

(1) Thèses, 1837, n° 128, p. 19.

(2) *Antologia*, déc. 1826. (*Bullet. des Sciences méd.* de Férussac, t. XXI, p. 96.)

un fœtus remarquable par diverses anomalies, mais principalement par celles de la peau. De larges bandes rouges ou violacées (d'un nœvus vasculaire) sillonnaient la surface du corps. L'épiderme y était épais et comme maroquiné, tandis que dans les intervalles de ces plaques saillantes, il était fin et transparent comme une pellicule [1].

IV. — ICHTHYOSE.

Le nom d'*ichthyose* a été donné à un état morbide dans lequel les téguments se montrent recouverts d'écailles sèches ayant quelque ressemblance avec celles des poissons [2].

Sauvages a spécifié l'une des formes de la lèpre sous le nom d'*ichthyosis* [3]. Le peu de mots qu'il en dit laisse des doutes sur le vrai caractère de cette maladie, beaucoup mieux déterminé par Willan [4]. Mais ce dernier auteur, en plaçant l'ichthyose à côté de la lèpre et du psoriasis, a subordonné au principe de sa classification un arrangement qui n'est nullement en rapport avec l'étiologie de ces affections. L'ichthyose est un état morbide étranger aux causes générales qui font naître les dermatoses squameuses. M. Rayer a très-bien compris cette différence essentielle en éloignant de cet ordre l'ichthyose, considérée par lui comme une simple hypertrophie de l'épiderme [5].

Willan et Bateman ont divisé l'ichthyose en simple et cornée; Alibert en nacrée *(nitida)*, serpentine, cornée [6]; Struve en *ichthyosis simplex, ichthyosis cornea* et *ichthyosis pergamena* [7].

Ces distinctions portent sur des apparences extérieures; mais elles ne résultent pas d'une notion exacte du siége réel et du mode de production des squames.

M. Er. Wilson a distingué l'ichthyose en vraie et fausse. Il

(1) *Bullet. de la Soc. anat.*, 1842, p. 348.
(2) Ἰχθύς, *poisson*.
(3) *Class. X. Impetigines, Lepra*, gen. XXIX. *Nosol. meth.*, t. II, p. 572.
(4) *Cutaneous diseases*, t. I, p. 199.
(5) *Maladies de la peau*, t. II, p. 614.
(6) *Monographie des dermatoses*, p. 763.
(7) *Synopsis morborum cutaneorum*. Berol., 1829.

a appelé la première *xeroderma ichthyoïdes* (1), et la seconde *ichthyosis sebacea* (2). Il a rattaché l'une et l'autre aux altérations des follicules sébacés; mais la dernière seule doit s'y rapporter. La première est une altération propre de l'épiderme; c'est l'*ichthyose vraie*, l'*ichthyosis simplex* de Willan, l'*ichthyose nacrée* d'Alibert; c'est, anatomiquement parlant, l'*ichthyose épidermique*.

Les organes producteurs de l'épiderme, et cette membrane elle-même, sont en effet seuls affectés; et lorsque Willan fait intervenir les papilles (3) dans le développement de l'ichthyose, il paraît n'attacher à cette dénomination qu'une idée de forme, et non une indication précise de siége.

L'ichthyose épidermique est une affection purement locale; elle ne paraît liée à aucune diathèse. Elle s'est présentée sous des aspects variés. Panarole mentionne une femme dont la peau ressemblait à celle d'un serpent ou d'un poisson (4). Van-der-Wiel parle d'un enfant de dix ans dont tout le corps, à l'exception de la tête, présentait comme une enveloppe écailleuse (5). Desgranges donne l'histoire d'un jeune homme de dix-huit ans qui offrait sur la peau des membres des écailles sèches et blanchâtres ou d'un gris sale analogues à celles d'un serpent (6). Janin de Saint-Just, élève d'Alibert, a donné l'observation et la figure d'un jeune homme de dix-huit ans, dont toute la surface cutanée, excepté la face, la paume des mains et la plante des pieds, était couverte d'un épiderme épais et rugueux comme l'écorce d'un vieux chêne (7). Jouhlia a présenté deux observations d'ichthyose nacrée, l'une fournie par un militaire âgé de vingt-quatre ans, et l'autre par une femme de vingt-deux ans (8). Trolliet a mentionné

(1) *Diseases of the skin*, p. 589.
(2) *Ibid.*, p. 596.
(3) *Scaly papillæ*. (*Cutaneous diseases*, t. I, p. 199.)
(4) Pentecoste, V, obs. 9.
(5) *Obs. rar.*, cent. II, obs. 35.
(6) *Annales cliniq. de Montpellier*, t. XXXI, p. 264.
(7) Obs. d'ichthyos. nacrée. (*Journ. complém.*, t. V, p. 220.)
(8) Thèse *sur l'ichthyos. nacrée*, 1819, n° 45.

l'exemple d'une ichthyose congénitale, observée chez un enfant de six ans ([1]).

Ansiaux, de Liége, a vu deux individus, l'un âgé de vingt-neuf ans, l'autre de douze ans, celui-ci neveu du précédent, ayant sur les cuisses, les genoux, les jambes et diverses parties du tronc, des écailles qui tombaient et se reproduisaient successivement ([2]).

Cuvry a donné l'histoire d'un jeune homme de vingt-deux ans, chez lequel l'ichthyose commença presque à la naissance. Un chirurgien, appelé pour vacciner ce sujet, trouva l'épiderme très-dur et ne put réussir. Cet état s'accrut, s'étendit à toute la surface, excepté aux régions palmaire et plantaire et aux joues ([3]).

D'autres faits ont été publiés par MM. Rayer ([4]), Cazenave et Schedel ([5]), Lauray ([6]), Voilemier ([7]); par Alibert ([8]), Chiappa ([9]), Schmidt ([10]), Lintermann ([11]), Gall ([12]), Martin ([13]), Green ([14]), Mansfeld ([15]), Banks ([16]), Er. Wilson ([17]), etc.

J'ai vu quelques exemples d'ichthyoses.

Ire OBSERVATION. — Un jeune garçon de sept ans, assez fortement constitué, d'un tempérament lymphatique, natif de Bordeaux, avait offert dès l'âge de deux ans une altération de la peau, principalement apparente sur les membres supérieurs, sur l'abdomen, les lombes et

([1]) *Compte rendu des travaux de la Soc. de Méd. de Lyon*, 1820. — *Nouveau Journ.*, t. X, p. 217.

([2]) *Bullet. des Sciences méd.* de Férussac, t. XV, p. 289.

([3]) Henr.-Car.-Jul. de Cuvry; *De ichthyosi*. Berolini, 1838, p. 27.

([4]) *Maladies de la peau*, t. II, p. 629.

([5]) *Maladies de la peau*, p. 389.

([6]) Thèses de la Faculté de Paris, 1837, n° 224, p. 12.

([7]) *Gaz. des Hôpit.*, 1846, p. 534.

([8]) *Monographie des dermatoses*, p. 766.

([9]) *Revue méd.*, 1829, t. I, p. 385.

([10]) *Descriptio ichthyosis corneæ congenitæ*. Bremæ, 1830

([11]) *De ichthyosi*. Berolini, 1833.

([12]) *De ichthyosi*. Halæ, 1837.

([13]) *Med. and Phys. Journ.*, t. XLI, p. 149.

([14]) *Pract. Compend. of the diseases of the skin*. London, 1835, p. 340.

([15]) Cuvry, p. 41.

([16]) *Dublin quarterly Journ. of med. Sc.*, 1851, aug., p. 80.

([17]) *Diseases of the skin*, p. 590.

les membres inférieurs. On y voyait des squames larges, dures, sèches, d'un blanc-grisâtre, comme imbriquées. Ces squames, examinées avec attention, étaient évidemment formées par l'épiderme épaissi et condensé. Nous en détachâmes plusieurs, et nous ne vîmes au-dessous ni rougeur ni aucun autre indice d'altération du corps muqueux, des papilles ou du derme. Sur les régions antérieure et postérieure du thorax, à la nuque, la peau était couverte de petites écailles, sèches et comme farineuses. La face, excepté vers les pommettes, le pénis, la paume des mains et la plante des pieds étaient absolument exempts de squames. Le malade se plaignait d'un très-léger prurit dans les parties qui en étaient le plus recouvertes.

Cet enfant avait été porté à l'hôpital le 1er juin 1849, présentant des symptômes de choléra. Il fut bientôt rétabli. Il prit quelques bains, qui diminuèrent le nombre des squames.

IIe Obs. — Un forgeron, âgé de vingt-deux ans, natif de Fongères (Ile-et-Vilaine), venant de Nantes, fut reçu, en décembre 1851, pour une bronchite intense qui, au bout de quelques jours, diminua, puis cessa. Cet individu était atteint depuis l'âge de six mois d'une ichthyose sur la face et les membres. Ceux-ci présentaient les squames les plus larges et les plus épaisses du côté de l'extension. Ces parties étaient parfois le siége d'un prurit assez vif, surtout la nuit. Les bains parurent assouplir la peau ; mais il n'en fut donné que quelques-uns.

IIIe Obs. — Jean P..., laboureur, âgé de quarante-neuf ans, natif de Montazeau (Gironde), d'une forte constitution, mais de petite stature, fut admis à l'hôpital, en mars 1850, pour une douleur rhumatismale très-forte qui occupait l'épaule droite. Nous fûmes frappés de l'état de la peau des deux membres supérieurs et de toute la partie postérieure du tronc Les squames de l'ichthyose y étaient très-prononcées. Cette maladie datait de peu de temps après la naissance. Ce sujet en rapportait l'origine à une envie de morue qu'aurait eue sa mère pendant qu'elle le portait. Les bains sulfureux furent employés, principalement à cause de l'affection rhumatismale; la peau n'en fut que légèrement modifiée.

IVe Obs. – Une jeune demoiselle, très-bien constituée, est sujette à des attaques de dyspnées extrêmement intenses, dues à un emphysème pulmonaire. Cette maladie se lie à une dysménorrhée et éclate aux approches de la période menstruelle. Les membres inférieurs, principalement du côté de l'extension, et les membres supérieurs, d'une manière moins prononcée, présentent un état rugueux de la peau, une sécheresse, une épaisseur très-sensible de l'épiderme. Les squames sont séparés par des sillons dirigés en divers sens, laissant des espaces

de formes variées. On ne peut mieux en comparer l'aspect qu'à celui des pattes de gallinacées. Il n'y a jamais ni démangeaison, ni chaleur, ni rougeur. Les bains alcalins ont diminué l'épaisseur des squames, qui ne se détachent pas. Les eaux du Mont-Dore ont été utiles sous le double point de vue de la dyspnée et de l'ichthyose.

α. — Causes de l'ichthyose. — 1° L'influence héréditaire ne s'est fait remarquer d'une manière directe que dans peu de cas. Martin, de Pulborough (dans le Sussex) a donné l'exemple d'une ichthyose atteignant une femme et son enfant; chez l'un et l'autre la maladie avait commencé à l'âge de trois mois [1]. On a cru à l'influence maternelle et aux impressions morales éprouvées pendant la grossesse. Les faits ne sont ni assez nombreux ni assez explicites. Plusieurs enfants de la même mère peuvent être atteints d'ichthyose sans que celle-ci en soit affectée [2]. L'individu observé par Desgranges avait une sœur dont la peau était rude et sèche. Les deux malades d'Ansiaux étaient assez proches parents : oncle et neveu.

2° L'ichthyose se manifeste généralement à un âge assez tendre. Elle peut même survenir avant la naissance. Le professeur Vrolik père, d'Amsterdam, MM. Lewins, Simpson, Smellie, ont donné des exemples de ce qu'ils ont nommé *ichthyosis intra-uterina* [3]. M. Steinhausen a décrit le cas d'un nouveau né mort le troisième jour, offrant des écailles épaisses sur le dos, les bras, les mains, les jambes et les pieds. Ce sujet est conservé dans le musée anatomique de Berlin [4]. L'ichthyose a commencé quelques semaines après la naissance (Janin de Saint-Just, Cuvry, Trolliet, Lauray, etc.), à deux ou trois mois, d'autres fois plus tard : à deux ans (Jouhlia, Ire Obs., Willan, p. 200); les adultes ne sont pas à l'abri de son invasion [5].

(1) *Med. and Phys. Journ.*, t. XLI, p. 149.

(2) Willan, p. 200. — Rayer, p. 622.

(3) *London and Edinb. Monthly Journ. med. Sc.*, dec. 1844. (*Med. Times*, t. XI, p. 251.)

(4) *De singulari epidermidis deformatione.* (Cavry ; *De ichthyosi*, p. 38.)

(5) Gibert ; *Maladies de la peau*, p. 295. — Le sujet décrit par Lintermann avait été bien portant jusqu'à vingt-cinq ans. Il eut alors un ulcère avec carie au bras gauche. (*De ichthyosi*, p. 35.)

3° Cette maladie est beaucoup plus fréquente chez les hommes ([1]). Dans le relevé des faits que j'ai rapportés, il ne se trouve que cinq personnes du sexe féminin. (Ce sont les observations de Banks, Schmidt, Green, Martin et l'une des miennes).

4° Les sujets atteints d'ichthyose ont été le plus souvent bien constitués; d'autres fois ils étaient faibles, maigres (Desgranges, Janin), scrofuleux, rachitiques (Martin, Cuvry, p. 13).

5° Plusieurs fois l'ichthyose s'est manifestée après la variole (Willan, p. 200, Alibert, etc.)

6° On dit l'avoir vue arriver après de vives affections de l'âme (Gibert.)

7° On a cru cette altération endémique dans certains pays, à Otahiti, au Paraguay ([2]); mais les assertions émises à ce sujet n'ont pas été confirmées.

5. — Symptômes, variétés et marche de l'ichthyose. — L'altération de l'épiderme se présente à plusieurs degrés. Quelquefois il ne s'agit que d'une sécheresse, d'une rudesse, d'une dureté de l'épiderme épaissi; d'autres fois, d'un état réellement squameux, offrant des écailles imbriquées ou séparées par de petits sillons transverses ou obliques. L'épiderme peut subir diverses transformations. Tantôt il est mince mais ferme et luisant comme celui d'une patte de poulet ([3]); ou bien il est sec, jaunâtre, épais et dur comme du parchemin : c'est l'*ichthyosis pergamena* de Struve. On l'a trouvé inégal et grisâtre comme une sorte d'écorce d'arbre (Janin de Saint-Just). M. Wilson l'a vu chez une petite fille former de larges plicatures; aux mains, ressembler à un gant trop large et ne s'étendant pas jusqu'au fond de l'intervalle des doigts.

Le nom d'*ichthyose nacrée* donné à cette altération de l'é-

([1]) Les femmes ne sont que dans la proportion d'un vingtième, selon Biett. (Cazenave et Schedel, p. 394. — Cuvry, p. 69.)

([2]) Buffon; *Hist. nat.*, t. III, p. 507. — D'après les *Lettres édifiantes*, recueil 25, p. 122.

([3]) Banks; *Dublin quarterly Journ.*, 1851, aug., p. 80.

piderme en indique la couleur blanchâtre, demi transparente, un peu luisante; mais tel n'est pas l'aspect le plus constant des squames, qui sont souvent d'un blanc terne ou même grisâtre.

La peau n'a jamais été envahie en entier; le plus souvent la face est restée à l'état naturel; cependant les joues ont parfois présenté des squames. En général les aissèles, les aines, les organes sexuels n'en ont pas offert, ainsi que la paume des mains et la plante des pieds. Les membres supérieurs et inférieurs, surtout à leurs régions externes et du côté de l'extension, ont présenté les écailles les plus larges et les plus épaisses.

L'ichthyose a été partielle chez quelques sujets. On l'a vue bornée aux membres inférieurs, à une région. Green mentionne celle des mamelles ([1]). Mansfeld la vit former comme une sorte d'incrustation sur la partie inférieure et droite de la poitrine, chez un enfant de deux mois ([2]). Schmidt a donné l'exemple d'une ichthyose qui occupait la paume des mains et la plante des pieds ([3]).

Un autre fait d'ichthyose locale a été décrit par Ernst. La maladie était congénitale. L'enfant présentait à la plante des pieds, et surtout au pied droit, des espèces de tubérosités d'un jaune-cendré, dures, rugueuses, pisiformes; quelques-unes étaient coniques; l'une d'elles, qui semblait naître de la phalange du petit orteil, ayant 3 centimètres de long, avait son sommet pointu. Tout autour de ces cornes l'épiderme était épais et dur ([4]).

On a vu chez l'adulte des altérations analogues. La planche VIe de la VIIe livraison de l'*Anatomie pathologique* de M. Cruveilhier représente une main de la plus bizarre conformation. C'est de la face palmaire de la main et des doigts que partent des excroissances très-allongées qui se recourbent en ar-

([1]) *Diseases of the skin*, p. 340.

([2]) Cavry, p. 41.

([3]) *Descriptio ichthyosis corneæ congenitæ in virgine observatæ*. Bremæ, 1830.

([4]) *De corneis hum. corp. excrescentiis*. Berolini, 1819, p. 21.

rière. Ces productions n'avaient pas la consistance des cornes ni même celle des ongles. Elles étaient essentiellement épidermiques. Je pense que c'est de ce fait emprunté à Béclard, que Breschet voulait parler dans la séance de l'Académie de Médecine du 13 juillet 1830, car la pièce communiquée par M. Bérard à M. Cruveilhier provenait de la collection de Béclard. C'est la même pièce qu'a indiquée Breschet dans le *Dictionnaire de Médecine,* 1823, t. VI, p. 36.

La peau, recouverte de squames, n'a souvent été le siége d'aucune sensation spéciale. Plusieurs fois les malades y éprouvaient une démangeaison plus ou moins vive (Desgranges, Cuvry, etc.)

La couche adipeuse sous-jacente aux parties de la peau atteintes d'ichthyose a semblé quelquefois amincie (1). Les cheveux ont paru secs et cassants. Les surfaces malades étaient en général peu souples et ne perspiraient point (2). Il n'y avait de sueur qu'aux aissèles ou aux parties que l'ichthyose n'avait pas envahies. Les urines étaient ordinairement abondantes.

Les phénomènes généraux ont été le plus souvent nuls. Chez quelques malades on a constaté de la dyspnée (3). A certaines époques on a distingué chez plusieurs sujets une légère réaction fébrile. Les squames se détachaient alors plus facilement, et la maladie semblait ensuite atténuée. La reproduction des squames ne s'opérait qu'avec lenteur. La peau dépouillée restait rude et sèche. Pendant ce travail de réparation, le malade sentait un léger prurit. On a vu une diminution en été et une augmentation en hiver (Trolliet, Cuvry, etc.)

Les écailles détachées ont été soumises à un examen attentif. Lewenhoeck recueillit quelques-unes de celles d'un enfant de dix ans qu'on montrait. Macérées dans de l'eau, elles se décomposaient en petites écailles (4). Delvaux, professeur de chimie à Liége, examina les squames des malades d'An-

(1) Wilson, p. 589.

(2) Un malade de M. Wilson ne pouvait suer quand il dansait, il en résultait de la dyspnée et des palpitations de cœur; le cerveau paraissait aussi s'embarrasser. (*Diseases of the skin,* p. 592.)

(3) Wilson, p. 592. — Ma 4e Observation.

(4) *Philos. Trans.,* 1684, nº 160, art. 11. (*Coll. acad.,* partie étrang., t. VII, p. 69.)

siaux. Elles lui parurent composées de gélatine et de mucus. Il y trouva du carbonate, du phosphate de chaux, de la silice, de l'oxyde de fer [1].

Schmidt y a reconnu une matière animale qui se ramollit dans l'eau, mais ne s'y dissout pas, et qui donne en brûlant une huile empyreumatique, du carbonate d'ammoniaque, de l'hydrogène carboné, et laisse pour résidu un peu de phosphate de chaux et de phosphate de soude [2].

Les squames de l'ichthyose ont donc la même nature que les poils, les ongles et l'épiderme [3]. Ce sont des lames épidermiques épaissies. Au-dessous, et dans l'intervalle des squames, la peau paraît parfaitement saine [4].

c. — Diagnostic de l'ichthyose. — Les maladies avec lesquelles on peut confondre l'ichthyose sont : 1° l'ichthyose sébacée. J'en ferai connaître les différences. 2° Le psoriasis et la lèpre. Mais les squames de ceux-ci sont plus larges, plus serrées, plus épaisses; l'affection est disséminée par plaques ou circonscrite sur quelques points; la surface du derme est réellement malade; enfin, il existe une diathèse qui a présidé au développement de la maladie. 3° La pellagre peut offrir quelque ressemblance avec l'ichthyose. J'ai vu, chez une femme de quarante-six ans, la surface dorsale des mains, le front et le nez couverts d'écailles sèches, épaisses, grisâtres, qui m'avaient fait d'abord prononcer le mot *ichthyose*. Mais cette femme n'était malade que depuis trois ans; la maladie s'était développée ou avait fait des progrès en été; la peau des mains avait été d'abord érythémateuse, etc. Il s'agissait d'une pellagre qui parcourut ses périodes et se termina par la mort.

d. — Pronostic. — L'ichthyose n'est point une maladie grave, c'est plutôt une incommodité et une difformité; mais

[1] *Bullet. des Sciences méd.* de Férussac, t. XV, p. 289.
[2] Cazenave, p. 75.
[3] Rayer, p. 620.
[4] Cazenave, p. 17, 78.

c'est une altération opiniâtre, que l'on ne peut ordinairement que diminuer ; il est très-difficile de la détruire.

e. — **Traitement de l'ichthyose.** — On a proposé les préparations arsenicales, les huiles de poisson, etc.; mais leur emploi est au moins inutile.

Les moyens locaux peuvent avoir plus d'efficacité, comme les lotions savonneuses, huileuses et alcalines. M. Wilson préconise l'addition de l'ammoniaque ou de l'huile de croton tiglium.

Les pommades avec le soufre sublimé, l'hypertartrate et le nitrate de potasse ont eu de l'utilité.

M. Wilson vante les frictions faites avec des gants composés de poils rudes. M. Woillemier a fait faire des frictions avec une brosse imprégnée d'une solution de 5 grammes de potasse dans 500 d'alcool (1).

Dans un cas où l'ichthyose existait chez un sujet chétif, l'huile de foie de morue, les bains de vapeur et une bonne alimentation furent très-utiles (2).

Dans un cas diamétralement opposé, Chiappa fit pratiquer de nombreuses saignées ; le sang était couenneux. La maladie cutanée fut dissipée au moins pour un temps (3).

V. — MALADIES DES ONGLES.

Les ongles présentent des vices de situation, de conformation, de volume. Ils prennent dans diverses maladies une largeur et une convexité qui ne leur sont pas ordinaires. Ils peuvent s'atrophier ou s'épaissir, s'allonger et se recourber en forme de cornes ou de griffes (4). Ils peuvent aussi loger des parasites, ainsi que je l'indiquerai ailleurs.

(1) *Gaz. des Hôpit.*, 1846, p. 534.

(2) Banks; *Dublin quarterly Journ.*, 1851, aug., p. 80.

(3) *Revue méd.*, 1829, t. I, p. 385.

(4) Rouhaut; *Hist. de l'Acad. des Sciences*, 1719. (*Coll. acad.*, trad. franç., t. IV, p. 413.) — *Philosophical Transact.*, n° 297. — Willan, p. 212. — Rayer; *Mal. de la peau*, t. II, p. 765. — Frièze parle d'un théologien âgé de trente-quatre ans, dont les ongles étaient transformés en cornes ; mais ces cornes étaient molles et lamelleuses. (Curry, *l. c.*, p. 44.)

L'état morbide le plus grave qui puisse affecter les ongles est l'inflammation chronique et ulcéreuse des parties molles qui en soutiennent la base ou en bordent les côtés. On appelle cette maladie *onglade*, ou *onychia*, ou *onyxis*.

L'*onychia maligna* de Wardrop occupe la matrice de l'ongle, rompt les liens qui retenaient celui-ci, et gagne quelquefois en profondeur jusqu'au périoste ou jusqu'à la phalange. L'inflammation peut aussi s'étendre aux lymphatiques ou aux veines des doigts et de la main. Cette maladie est parfois la manifestation locale d'une cause constitutionnelle, comme les scrofules, ou la syphilis. C'est donc aux maladies cutanées diathésiques que cet état morbide doit se rattacher.

L'*onyxis latérale* est ordinairement causée par la dissociation de l'ongle et des partiés molles dans lesquelles il est enchâssé. L'inflammation et l'ulcération sont entretenues par l'intrusion incessante du bord tranchant de cet ongle. Cette maladie, qui est très-commune, rentre dans le domaine de la chirurgie. Je dois m'abstenir d'en parler, Cependant, je ne puis taire mon opinion touchant les douloureuses opérations auxquelles on a eu recours. Je les crois absolument inutiles. Un procédé très-simple atteint le même but ; je l'ai employé avec succès lorsque déjà l'extraction de l'ongle incarné avait été jugée inévitable. A l'aide de bandelettes étroites de linge fin et sec successivement introduites et pressées d'abord entre les chairs ulcérées et l'ongle, puis sous l'ongle lui-même, on parvient à soulever celui-ci et à le faire passer sur les chairs affaissées. La cicatrisation commence immédiatement.

2e SECTION. — MALADIES DU SYSTÈME PILEUX.

Les altérations que présentent les cheveux et les poils ont pour origine immédiate quelques états morbides des bulbes et des follicules, et ceux-ci sont subordonnés à diverses conditions pathologiques générales ou intérieures. Ainsi, malgré son peu d'importance, sa faible vitalité, sa dissémination sur les dernières limites de l'organisation, le système pileux en-

tretient des rapports avec l'ensemble de l'économie, et reflète certains indices plus ou moins importants.

Les cheveux et les poils peuvent offrir des différences et des anomalies dans leur nombre, dans leur couleur, dans leur insertion et leur direction.

Dans le rapide exposé qui va suivre, je ne comprends pas la plique, qui est la manifestation d'une diathèse spéciale, ni les altérations qui proviennent de la présence des parasites.

§ I. — Anomalies du système pileux relatives au nombre.

Le nombre des cheveux et des poils peut s'éloigner de l'état normal, par excès ou par défaut. L'excès constitue l'hypertrichose, le défaut l'atrichose.

I. — HYPERTRICHOSE.

L'*hypertrichose* ou *hypertrixie* (1), *hirsuties* des Latins, est générale ou partielle.

L'hypertrichose générale n'est pas rare chez l'homme. Le système pileux peut se développer avec excès sur tous les points de la surface du corps, excepté sur ceux qui sont privés de follicules, c'est-à-dire à la paume des mains et à la plante des pieds.

Ce système fait naturellement des progrès à l'âge de la puberté. Mais si les organes sexuels offrent un accroissement prématuré, le système pileux partage cette précocité (2). Chez les femmes, ce système, en général, est moins développé; mais il acquiert des apparences tout à fait masculines si le clitoris prend des dimensions exagérées. J'ai vu cette coïncidence chez une femme qui voulait se faire passer pour hermaphrodite; son visage était couvert d'une barbe épaisse. Hippocrate a rapporté deux exemples de femmes qui, privées de leurs

(1) Υπερ, *en excès*; θριξ, *cheveux*. Schmige; *Adumbratio brevis morborum pilorum*. Berolini, 1838, p. 10.

(2) Voyez un exemple fourni par Moreau, de la Sarthe (Rayer; *Malad. de la peau*, t. II, p. 728.)

maris et n'ayant pas leurs règles, étaient devenues très-velues et avaient une voix d'homme [1]. Le visage des femmes brunes et fortement constituées se couvre souvent de poils noirs et rudes après l'âge critique [2].

Un développement pileux extraordinaire, mais momentané, peut être l'effet d'une vive réaction organique. M. Bricheteau rapporte qu'une femme convalescente de divers maux occasionnés par une grossesse pénible, une fausse couche et une dysphagie, eut le corps presque subitement couvert de poils longs et blonds, qui tombèrent au bout d'un mois [3].

L'hypertrichose partielle peut être congénitale ou acquise; congénitale, ce sont des *nævi pilosi* simples. Ainsi, M. Rayer a vu sur l'épaule d'un ébéniste et sur la cuisse d'un autre individu, des touffes de poils nombreux et assez longs. M. Léon Dufour a vu sur la région lombaire d'un jeune homme un grand nombre de cheveux longs, noirs et souples. La peau, dans ces deux cas, n'avait changé ni de couleur ni d'épaisseur. Ce *nævus* se distingue donc de ceux qui seront mentionnés ailleurs, et qui présentent avec cette production de poils surnuméraires une augmentation anormale du pigment.

Les poils peuvent croître dans une partie sous l'influence d'une stimulation directe, par exemple d'une solution de continuité, d'une suppuration prolongée.

II. — ATRICHOSE.

L'*atrichose* ou *atrixie* offre différents degrés. Du temps de Celse [4], on appelait *area* l'exténuation et la destruction des poils, et on distinguait l'*alopécie* et l'*ophiasis*. L'alopécie [5] est la perte incomplète des cheveux ou des poils. La *calvitie* est la chute de tous les cheveux dans une ou plusieurs ré-

(1) *Épid.*, liv. VI, sect. VIII. (*Œuvres*, trad. de Littré, t. V, p. 357.)

(2) Rhodius; *Obs. méd.*, cent. III, obs. 11.

(3) Rayer, t. II, p. 796.

(4) *De re medica*, lib. VI, cap. 1, art. IV, p. 312.

(5) Ἀλώπηξ, *renard*. On a comparé la peau frappée d'alopécie à celle du vieux renard, qui ne conserve que des poils courts et fins.

gions. On appelle *madarosis* la chute des cheveux et celle des cils ; *ophiasis*, la perte des poils dans certains points, d'où résultent des taches comme celles de la peau d'un ophidien, ou des dénudations étroites et prolongées, imitant les flexuosités du serpent.

M. Cazenave, qui s'est souvent occupé de l'alopécie et de ses causes (1), a rattaché celles-ci à une altération matérielle des bulbes, à un défaut de sécrétion, à l'inflammation.

1° L'alopécie peut être héréditaire. Des exemples en ont été rapportés par Hons (2).

2° Elle est quelquefois congénitale, comme l'attestent des faits fournis par Sckenk, Danz, Wells, etc. (3).

3° Elle est un effet naturel de l'âge avancé.

4° Les femmes deviennent chauves plus rarement ou plus tard que les hommes ; mais elles ne sont pas à l'abri de cette infirmité, comme le démontrent les observations faites par Joseph Frank (4), Eble, Hons (5), etc.

5° Les causes débilitantes générales, comme les grandes pertes de sang (6), les parturitions pénibles suivies de maladies puerpérales, les fièvres éruptives et typhoïdes, les maladies consomptives, la phthisie (7), peuvent produire l'alopécie. A cet ordre de causes se rattachent les excès vénériens (8), l'abus des spiritueux (9), les sueurs excessives, etc.

6° Les fortes émotions morales, les longues contentions d'esprit (10), produisent des effets analogues.

(1) *Annales des maladies de la peau*, t. I, p. 225. — *Journ. des Connaiss. méd. chir.*, 1850, p. 63, 85, 116, etc.

(2) Voyez une bonne dissertation de Raedt, *de Pilis*. Groningæ, 1833, p. 40 et 45.

(3) *Transact. of the Society of Med. and Surg.* Knowledge, t. II, p. 264. (Raedt, p. 36.)

(4) *Praxeos*, t. II, pars Ia, p. 891.

(5) Raedt, p. 47.

(6) *Alopécie survenue chez un soldat de vingt-trois ans, à la suite d'une épistaxis*, par Kerst. (Nederlandsch ; *Lancet*, 1842. — *Journ. de Méd. de Bruxelles*, 1843, p. 49.)

(7) Hippocrate ; aph. 11, 12, sect. V.

(8) On cite comme preuves la vie des empereurs Tibère, Claude, Galba, Domitien, Othon, Caligula, etc. (Raedt, p. 40.)

(9) Obs. de Bosc de Fanljeaux ; *Annales cliniques de Montpellier*, t. VII, p. 307.

(10) Un chevalier d'Épernay, à la suite de grands travaux intellectuels, perdit les cheveux et la barbe. (Raedt, p. 41.)

7° Des causes locales variées peuvent entraîner la perte des cheveux, comme l'érysipèle du cuir chevelu et diverses maladies chroniques, telles que l'eczéma, le psoriasis, etc.

8° Il est des maladies spéciales qui occasionnent la chute totale ou partielle des cheveux; ce sont les affections parasitaires, à l'histoire desquelles cette sorte d'alopécie, de calvitie ou d'ophiasie, doit être rapportée.

9° Parmi les diathèses polygéniques, il en est une, la syphilis, qui est une cause fréquente d'alopécie. La blennorrhagie suivie d'orchite a eu les mêmes conséquences ([1]). On a attribué à l'usage du mercure, plutôt qu'à la diathèse syphilitique, la perte des cheveux. On a cité, comme preuve de cette opinion, l'exemple d'un individu dont l'unique occupation était jadis, à Montpellier, de pratiquer des frictions mercurielles prescrites par les divers médecins. Il eut une alopécie complète ([2]). Mais l'histoire de cet individu est restée incomplète; on ignorait si quelque autre cause, si celle-là même contre laquelle il opérait chez les autres, n'avait pas également agi sur sa personne.

10° L'atrichose peut enfin se produire sans qu'il soit possible de lui assigner une cause précise ([3]); c'est alors une alopécie ou une calvitie idiopathique, que n'expliquent ni l'âge ni des états morbides antérieurs ou coïncidents. J'ai vu un exemple de ce genre; la destruction du système pileux était générale et complète.

L'atrichose peut être définitive; souvent elle n'est que temporaire; les cheveux repoussent, mais quelquefois ils ne reprennent ni leur longueur, ni leur force, ni leur couleur primitives. Les nouveaux cheveux sont ordinairement blancs et très-fins.

On a proposé divers topiques pour faire repousser les cheveux. Ce sont des pommades et mixtures aromatiques, toni-

([1]) Cazenave; *Annales des maladies de la peau*, t. I, p. 228.
([2]) *Annales cliniques de Montpellier*, t. VII, p. 310.
([3]) J.-P. Frank; *Epitome, etc.*, t. IV, p. 127.

ques, excitantes (1). Leur auxiliaire le plus puissant, quand le bulbe n'est pas détruit, est l'action fréquente du rasoir sur le cuir chevelu.

§ II. — Anomalies relatives à la couleur des cheveux et des poils.

La couleur des poils est liée à celle de la peau, c'est-à-dire qu'elle est déterminée par l'état du pigment. Dans l'albinisme, les cheveux sont d'un blond extrêmement pâle. Quelquefois l'altération de la couleur des cheveux est partielle. J'ai vu chez un jeune homme une mèche d'un gris-blanc au milieu des autres cheveux qui étaient châtains. Cette coloration datait de l'enfance. Richard How a vu chez une jeune fille de treize ans, brune et à cheveux noirs, des faisceaux distincts blanchir subitement sur divers points de la tête et conserver cette couleur (2).

La décoloration des cheveux ou *canitie* est un résultat ordinaire de l'âge, mais elle peut arriver avant son époque ordinaire. Les excès vénériens et les émotions morales pénibles et subites sont les causes les plus fréquentes du changement rapide de la couleur des cheveux. Les céphalées opiniâtres peuvent avoir le même résultat.

Il est plus rare de voir les cheveux passer du blond au rouge ou du blanc au noir. Toutefois un exemple de ce dernier genre de changement a été cité par Bruley (3).

§ III. — Anomalies relatives à l'insertion et à la direction des cheveux et des poils.

Des poils peuvent naître dans des tissus qui n'en fournissent pas ordinairement, comme les membranes muqueuses.

(1) M. Wilson a souvent employé la formule suivante :

Eau de Cologne	60 grammes.
Alcoolé de cantharides	8 —
Huile volatile de romarin	10 gouttes.
Huile volatile d'amandes amères	18 —

(*Annales des maladies de la peau*, t. II, p. 256.)

(2) *Medical Memoirs*, t. III, p. 515.

(3) *Journal général*, t. IV, p. 290.

Les cils mal situés et mal dirigés produisent le *trichiasis*.

Des poils, de véritables cheveux, peuvent être contenus dans des tumeurs enkystées, soit qu'on les trouve libres dans ces cavités, soit qu'ils paraissent implantés sur leurs parois. J'ai déjà mentionné cet ordre de faits (¹).

De petites tumeurs constituées par des follicules hypertrophiés ont recélé des poils fort distincts. D'autres fois des poils nés dans des follicules sous-cutanés peuvent, au lieu de se développer selon leur direction normale vers la surface de la peau, s'avancer horizontalement sous le derme et acquérir, avant de sortir, une certaine longueur. On lit dans le n° 480 des *Philosophical transactions* le fait curieux de la sortie d'un poil analogue à une soie forte, par l'extrémité métatarsienne du petit orteil. Le professeur Seering, de Breslau, parle d'un homme de quarante-cinq ans, chez lequel, à la suite d'une contusion et d'une ulcération du pied, il sortit par l'extrémité du gros orteil un poil de 3 pouces de long. Récemment, un militaire en congé, chasseur d'Afrique, m'a remis un poil blond, roide, droit, volumineux et parfaitement cylindrique, de 6 centimètres de long, qu'il m'a assuré avoir extrait du voisinage de la racine de l'ongle du gros orteil. Ce jeune homme, dont le père m'est parfaitement connu, n'avait aucun motif d'en imposer. Toutefois, je regrette de n'avoir pas été témoin de l'extraction de ce poil, et je n'en aurais pas parlé sans la connaissance des faits précédents.

§ IV. — Maladies chroniques des follicules pileux.

Les espèces de gaines qui traversent obliquement toute l'épaisseur de la peau, et au fond desquelles sont logés les racines des poils et les petits organes vasculaires et glanduleux immédiatement annexés, forment un appareil spécial, susceptible de s'enflammer et de s'altérer. Leur phlegmasie provoque la rougeur érythémateuse du cuir chevelu, produit de la démangeaison et entraîne la chute des cheveux. Ces

(¹) T. II, p. 18.

altérations sont le plus souvent occasionnées par la présence de parasites accumulés sur le bulbe du poil ou dans le conduit qui le transmet au dehors, ainsi que cela s'observe dans le favus, le sycosis, etc. Il se produit sous l'influence de la diathèse herpétique, des squames, des exsudations, des pustules, comme dans le pityriasis, l'eczéma, l'impétigo de la tête. Ce doit donc être à l'occasion des maladies parasitaires et des maladies diathésiques (herpétides) qu'il convient de mentionner cette inflammation chronique des follicules pileux.

3e SECTION. — MALADIES DES FOLLICULES SÉBACÉS.

Plusieurs affections qui étaient disséminées parmi les pustules, les squames et les tubercules, ont été rapprochées sous le point de vue de leur siége anatomique. Elles forment un groupe naturel, non-seulement sous ce rapport, mais encore par leurs caractères pathologiques.

Je divise ainsi les maladies dont il s'agit :

1° Inflammation chronique des follicules sébacés;

2° Hypertrophie des follicules sébacés et de leurs conduits,

3° Altérations de la sécrétion sébacée.

§ I. — Inflammation chronique des follicules sébacés.

Les follicules sébacés sont considérés par les anatomistes modernes comme des glandes en grappes simples, destinées à la sécrétion d'un fluide onctueux, huileux, qui est contenu dans des cellules spéciales et mêlé de débris d'épithélium. L'inflammation chronique de ce petit appareil sécréteur produit la maladie nommée *acné*. Ce mot est grec, mais il a été dénaturé par le changement d'une lettre : c'est *acmé* qu'on devrait dire. Aetius, qui s'en est servi l'un des premiers, intitule le chapitre où il est indiqué : *De varis faciei qui græcis Jonthoi et acmæ vocantur* (1). Αχμη, signifie *pointe*, ainsi que

(1) Aetius, Tetrabil. II, sermo IV, cap. XIII. (*Artis med. Principes*, Henr. Stephani edit., t. II., p. 871.)

force et *fraîcheur*. L'acné ou acmé semble justifier cette étymologie; elle produit de petites saillies aiguës; elle survient principalement dans la vigueur de l'âge; elle semble, en colorant vivement le visage, annoncer une santé florissante. Ιονθος, veut dire *petit bouton*. Le mot *varus* est employé par Celse [1]; il désigne l'une des maladies propres à la face. C'est la dénomination qu'à préférée Alibert [2]; mais tous les dermatologistes modernes ont adopté le mot *acné* pour désigner l'inflammation chronique et la tuméfaction des follicules sébacés. On en distingue trois espèces : l'*acné rosacea*, l'*acné miliaris* et l'*acné indurata*. Nous verrons plus loin le même terme générique étendu à des affections cutanées d'une nature un peu différente.

I. — ACNÉ ROSACEA.

L'*acné rosacea*, ou *couperose*, ou *gutta rosea*, se développe sur la face et consiste en des taches circonscrites, d'un rouge vermeil, entourant de petites saillies acuminées, ordinairement disposées en groupes.

a. — Causes de l'acné rosacea. — 1° L'hérédité exerce une influence très-marquée sur la production de l'acné rosacea. De nombreux faits attestent cette influence. Je l'ai vue s'étendre à trois générations, dans la ligne féminine.

2° Les femmes paraissent plus exposées que les hommes à l'acné rosacea.

3° C'est à l'âge de la puberté que je l'ai vue plusieurs fois se développer. D'autres fois c'était plus tard.

4° Les personnes dont la peau est blanche et fine, qui mènent une vie sédentaire, à l'abri du soleil, y sont plus exposées que celles dont la peau subit habituellement l'action colorante des rayons du soleil.

5° Les circonstances qui appellent le sang vers la face contribuent à la production de l'acné rosacea; telles sont la

(1) Celse; *De re medica*, lib. VI, cap. II, p. 318.

(2) Morel; *Considérations sur le varus gutta rosea*. (Thèses de Paris, 1834, n° 399.)

position assise et penchée en avant, le voisinage du feu, la contention d'esprit prolongée, les passions vives ou concentrées [1], comme celle du jeu [2], les excès de divers genres et surtout l'usage fréquent des spiritueux.

6° L'excitation des voies digestives, l'engorgement du foie, le trouble de la sécrétion biliaire, ont été mis au nombre des causes de l'acné.

7° Cette maladie se développe quelquefois lorsque les menstrues sont insuffisantes ou difficiles, lorsqu'elles se suppriment. On l'a vue coïncider avec la grossesse [3].

b. — Symptômes de l'acné rosacea. — Cette maladie ne s'observe qu'à la face. Elle est très-fréquente aux joues et sur le nez. On l'a vue commencer par le front [4]. Elle peut ne se montrer que d'un côté [5], et on a cru remarquer que c'était plutôt au côté droit [6]. Elle couvre souvent tout le visage.

Elle débute par des taches dont le rouge vif tranche avec la couleur normale de la peau. Ces taches sont circonscrites et peuvent être plus ou moins rapprochées sans se confondre. Au centre de quelques-unes s'élèvent des petites saillies consistantes et coniques ou arrondies.

Ces phénomènes n'ont pas toujours une égale intensité. Quelquefois l'érythème domine ; c'est ce qu'on voit généralement chez les femmes. D'autres fois ce sont les saillies.

Lorsque celles-ci sont en grand nombre sur le nez, elles déterminent la tuméfaction plus ou moins considérable de cette partie. Les capillaires et les petites veines se dilatent autour des taches.

Les saillies de l'acné sont des pustules ; leur sommet blanchit ; on y trouve une goutelette de pus ; leur base reste rouge ; elle peut se développer et devenir plus ou moins dure.

(1) Moore Neligan ; *Dublin quarterly Journal*, 1851, may, p. 333.
(2) Morel cite un exemple remarquable fourni par Alibert, p. 15.
(3) *Ibidem*, p. 17.
(4) Cazenave ; *Annales des maladies de la peau*, t. III, p. 294.
(5) Moore Neligan ; *Dublin quarterly Journ.*, 1851, may, p. 334.
(6) Morel, p. 10.

13° M. Cazenave a prescrit la liqueur de Gowland, qui se compose de bi-chlorure de mercure et d'hydrochlorate d'ammoniaque, à la dose d'un décigramme, étendu dans 125 grammes d'émulsion d'amandes amères ([1]). On fait une lotion matin et soir. Ce moyen réussit souvent quand l'acné n'est pas ancienne.

14° M. Campardon s'est servi d'une pommade composée d'iodure de plomb ou d'iodure de potassium, ou de chlorure d'argent, à la dose de 75 centigrammes, incorporé dans 16 grammes d'axonge et 8 de circ. Il faisait en même temps bassiner la face avec de l'eau de chaux, il employait les bains de Barèges, donnait de petites doses de tartre stibié, etc. ([2]); de sorte qu'il est difficile de déterminer à quel agent le succès devait être rapporté.

15° M. Clément Olivier a préconisé une pommade composée de quelques gouttes de nitrate acide de mercure et de 300 grammes d'axonge. Il dit avoir obtenu des guérisons en quinze jours ([3]).

16° Le topique qui a eu le plus de retentissement dans ces derniers temps est la pommade de M. Rochard. Elle est formée d'axonge, 60 gr., et d'iodure de chlorure hydrargireux, 0,15 centigrammes. Ce médicament complexe avait été préparé par M. Boutigny, d'Évreux; M. Rochard l'a expérimenté, dès l'année 1842, sur les jeunes détenus de la prison de la Roquette. Depuis cette époque, des guérisons nombreuses ont été obtenues par ce moyen ([4]). J'en ai vu plusieurs. On fait une friction durant trois jours consécutifs, puis on suspend pendant le même espace de temps. Il se produit une grande quantité de matière purulente sur les parties atteintes par l'acné. Cette poussée s'étend à tout le visage. La matière se dessèche à l'air; elle est d'un jaune-brun. La durée du traitement peut être de trois mois.

([1]) *Annales des maladies de la peau*, t. II, p. 19, 341; t. III, p. 56.

([2]) *Gaz. méd.*, 1848, p. 109.

([3]) *Journ. des Connaiss. méd.*, 1855; — et *Revue méd.-chir.*, t. XVIII, p. 160.

([4]) Académie des Sciences, 1er décembre 1851. — *Gaz. méd.*, 1851, p. 777. — *Union méd.*, 1851, p. 609 et 614. — *Monit. des Hôpit.*, t. III, p. 558 et 702.

II. — ACNÉ MILIARIS.

M. Devergie a distingué avec raison cette espèce [1], que j'ai plusieurs fois observée. Elle ne se voit pas seulement sur le menton des personnes du sexe, mais aussi sur d'autres parties. Je l'ai remarquée sur la région dorsale des mains et sur l'avant-bras chez des jeunes filles. Les taches et les pustules sont discrètes. Cette légère maladie est très-opiniâtre. Je ne suis parvenu à la faire cesser qu'en touchant le fond des follicules enflammés avec la pointe du crayon de nitrate d'argent, et en employant une pommade avec la glycérine et l'oxyde de zinc ou avec le calomel. Les bains sulfureux artificiels, les eaux de Luchon, n'avaient opéré qu'une amélioration momentanée.

III. — ACNÉ INDURATA.

M. Wilson a confondu sous le titre d'*acné vulgaris* plusieurs variétés qu'il considère comme de simples degrés : telles sont l'*acné simplex*, l'*acné punctata*, l'*acné indurata;* mais celle-ci a des caractères qui la distinguent des autres.

Je l'ai observée plus fréquemment chez les hommes que chez les femmes. Un excès de boisson l'occasionne fréquemment [2].

L'éruption se montre au visage, surtout au front, aux tempes, sur les côtés de la face. On l'observe fréquemment à la nuque, sur les régions postérieures du tronc, sur les épaules, plus rarement sur le devant de la poitrine.

Les pustules sont disséminées, inégales; quelques-unes volumineuses, oblongues ou arrondies et pisiformes, d'autres sont petites et coniques. Leur couleur est rouge, violacée, livide. L'auréole est pâle.

Les pustules les plus volumineuses peuvent fournir par leur sommet une petite quantité de pus, qui se fige et forme une

[1] *Maladies de la peau*, p. 353.

[2] Biett; *Journ. hebdom.*, 1829, t. III, p. 418.

croûte jaunâtre, tandis que leur base, élargie, reste dure.

L'acné indurata a quelques analogies avec des tubercules syphilitiques peu développés. Elle s'en distingue par les commémoratifs et par la coloration, qui pour ces derniers est cuivrée et non violacée.

Cette maladie est très-opiniâtre. Elle ne guérit qu'à la longue et laisse de petites cicatrices, ou des taches, ou des indurations persistantes.

Le traitement doit souvent être d'abord anti-phlogistique; puis on a recours à divers médicaments.

Biett employait une pommade avec l'iodure de potassium; d'autres ont mis en usage la solution de sulfure de potasse, ou les bains entiers sulfureux. On s'est aussi servi de lotions ammoniacales, de lotions avec la solution de 0,25 à 30 centigrammes de bi-chlorure de mercure, dans 250 grammes d'eau distillée (1).

M. Moore Neligan a mis en usage une pommade composée de 0,75 centigrammes d'iodure de soufre et de 30 grammes d'axonge (2).

Biett voulut essayer comparativement, sur les deux moitiés du visage, une pommade avec l'iodure de soufre et le vésicatoire. Il y eut guérison des deux côtés; elle fut même un peu plus rapide du côté de l'épispastique; mais au bout de quinze mois la maladie reparut (3). Si les pustules n'étaient pas trop nombreuses, la cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent serait le meilleur moyen.

§ II. — Hypertrophie des follicules sébacés.

L'hypertrophie des follicules sébacés produit trois formes pathologiques dont l'étude longtemps imparfaite présente aujourd'hui beaucoup d'intérêt. Ce sont : l'*acné ombilicata*, le *molluscum pendulum* et les *tumeurs sébacées sous-dermiques*.

(1) Cazenave; *Gaz. des Hôpit.*, 1850, p. 489.
(2) *Dublin quarterly Journ.*, 1851, may, p. 335; — et Cazenave; *Annales*, t. III, p. 274.
(3) *Journ. hebdom.*, 1829, t. III, p. 417.

I. — ACNÉ OMBILICATA (*MOLLUSCUM CONTAGIOSUM DE BATEMAN*).

L'*acné ombiliquée* ou *varioliforme* est constituée par de petites tumeurs arrondies, remplies de matière sébacée et comparées aux pustules de la variole, parce qu'elles portent une dépression centrale où se trouve un orifice qui communique avec la cavité même du follicule hypertrophié.

a. — Historique. — Willan venait de créer le genre *molluscum* et de le placer dans son ordre des tubercules, lorsque Bateman eut à étudier des tumeurs auxquelles il crut pouvoir appliquer le même nom. Elles étaient de petit volume, développées sur la face et sur le cou d'une jeune femme, qui prétendait les devoir au contact d'une pareille altération existant sur la face d'un enfant qu'elle allaitait. Deux autres enfants, ajoutait-elle, avaient contracté la même maladie; et le premier la tenait d'un domestique au visage duquel on l'avait remarquée. Bateman se crut, en conséquence, autorisé à établir un *molluscum contagiosum* [1].

Des faits rattachés à la même espèce furent publiés, en 1841, par MM. Thomson et Carswell [2], Henderson [3], Paterson [4], Robert Willis [5]; en 1848, par M. Payne-Cotton [6]. M. Wilson en a aussi fait connaître quelques-uns tirés de sa pratique [7].

En France, cette affection cutanée était longtemps demeurée à peu près inconnue. Cependant, M. Rayer notait avec soin les caractères de petites tumeurs dont il reconnaissait le véri-

(1) *Synopsis*, p. 271, 4e édit., 1817. La première édition, publiée en 1813, ne mentionne pas cette observation.

(2) *Edinburgh Med. and Surg. Journal*, t. LVI, p. 280.

(3) *Ibid.*, p. 213.

(4) *Ibid.*, p. 279.

(5) *Illustrations of cutaneous diseases*. London, 1841. M. Willis appelle cette affection cutanée, *tumeurs folliculaires*.

(6) *Edinb. Med. and Surg. Journ.*, 1848, january. (*Union méd.*, t. II, p. 118.)

(7) *Diseases of the skin*, p. 608.

table siége, et qu'il appelait *élevures folliculeuses*. Il en apercevait l'orifice central, qu'il comparait au point lacrymal, et par où pouvait être facilement exprimée une matière blanchâtre analogue à du lait caillé ([1]).

M. Gerdy jeune mentionnait également certaines tumeurs petites, globuleuses ou cylindroïdes, ombiliquées, d'où sortait une humeur sébacée ([2]).

M. Jacobovics, de Pesth, publiait à Paris, en 1840, un Mémoire sur le molluscum, dans lequel il essayait de rapprocher et de classer tous les faits relatifs à cette maladie. Les ayant divisés en trois genres, il donna le nom de *tubercules athéromateux* à ceux dont Bateman avait fait le premier la peinture ([3]). Bientôt après, M. Turnbull en rapportait un exemple assez remarquable fourni par un adulte ([4]).

M. Gibert avait remarqué chez un enfant de dix ans des tubercules pisiformes, indolents, plus blancs que la peau (il y avait coïncidence d'ictère). Il crut pouvoir les rapporter au genre molluscum ([5]); plus tard, un autre fait recueilli sur une femme de trente-quatre ans lui donna une idée exacte de la nature de cette affection, qu'il appela dès lors *molluscum stéarique* ([6]).

Andrieu donna deux observations qui se rapportaient au molluscum contagiosum de Bateman ([7]).

M. Huguier présenta à l'Académie de Médecine, le 31 mars 1845, le résultat de ses recherches sur les maladies des appareils sécréteurs des organes génitaux externes de la femme, et parmi ces maladies, il signala l'hypertrophie des follicules vulvaires, affection à laquelle il imposa le nom d'*exdermoptosis* ([8]). M. Huguier fit mieux que de créer ce nom, il décrivit

([1]) *Maladies de la peau*, t. II, p. 713.
([2]) Thèse, 1837, n° 128, p. 28.
([3]) *Du molluscum*. Paris, 1840, p. 40.
([4]) *Medical Times*, 1842, t. V, p. 56.
([5]) *Traité pratique des maladies spéciales de la peau*, 1840, p. 448.
([6]) *Revue méd.*, 1843, t. I, p. 7.
([7]) *Gaz. méd. de Montpellier*, mai 1844. (*Expérience*, t. XIII, p. 248.)
([8]) C'est-à-dire issue du follicule hors du derme.

avec soin les phénomènes de la maladie, en exposa l'anatomie pathologique, en traça la théorie avec beaucoup de sagacité (1).

Un autre observateur habile faisait, sur un théâtre différent et chez une autre catégorie de sujets, des recherches non moins dignes d'attention. Sous le nom d'*Acné varioliforme*, M. Bazin publiait, en 1851, l'histoire de plusieurs faits d'hypertrophies folliculaires, avec saillie globuleuse et pertuis central très-apparent (2).

Presque en même temps, M. Caillault exposait sur la même maladie, qu'il a appelée *acné molluscoïde*, les résultats des nombreuses observations que son séjour comme interne à l'hôpital des enfants lui avait donné l'occasion de recueillir (3).

Le même état morbide a encore été vu par M. Piogey, qui lui a donné le nom d'*acné tuberculeuse ombiliquée* (4).

Enfin, M. Magnan l'a pris pour sujet de sa thèse, et s'est surtout inspiré des travaux de M. le Dr Bazin (5).

Je dois ajouter qu'en 1851 M. Cazenave résuma les divers écrits publiés sur l'acné ombiliquée, et la sépara nettement des maladies étrangères aux follicules (6). Cette acné a reçu de M. Devergie le nom de *tuberculoïde* (7).

Parmi ces diverses dénominations, celle qui exprime le principal caractère de la maladie, c'est-à-dire le point central de dépression, est la plus convenable. L'épithète de *tuberculoïde* fait supposer une lésion organique qui n'existe pas; celle de *varioliforme* n'indique qu'une ressemblance très-imparfaite, car la pustule variolique n'a pas d'orifice. Le mot *ecdermoptosis* est très-peu euphonique; il est long, et néanmoins il ne dit qu'une partie de ce qu'il devrait signifier. L'appellation de *tumeurs folliculeuses* est bien vague; celles de *molluscum*

(1) *Mémoires de l'Acad. de Méd. de Paris*, t. XV, p. 585.
(2) *Gaz. des Hôpit.*, 1851, p. 501.
(3) *Archives*, 4e série, t. XXVII, p. 47.
(4) *Union médicale*, 1852, t. VI, p. 597.
(5) *De l'acné varioliforme*. (Thèses de Paris, 1855, no 60.)
(6) *Annales des maladies de la peau*, t. III, p. 225.
(7) *Maladies de la peau*, p. 359.

stéarique et de *tubercule athéromateux* sont insuffisantes. Enfin, la dénomination de *molluscum contagiosum* suppose prouvé un fait qui est en question.

5. — Causes de l'acné ombiliquée. — 1° Cette acné a été observée chez des jeunes sujets. Bateman l'a vue chez des enfants à la mamelle, M. Caillault sur des sujets de sept à quatorze ans, M. Piogey sur un autre de quinze ans; d'autres individus avaient de vingt à quarante ans.

2° Le nombre des femmes l'a emporté sur celui des hommes.

3° L'acné ombiliquée s'est manifestée chez des individus lymphatiques, disposés aux scrofules [1], ceux à qui Wilson attribue ce qu'il nomme *sebaceous constitution* [2]. On l'a vue survenir dans le cours de diverses maladies cutanées chroniques, telles que l'eczéma (Bazin), le psoriasis, le lichen (Magnan), l'impétigo du cuir chevelu (Piogey).

4° L'acné ombiliquée est-elle transmissible par voie de contagion? Les faits rapportés par Bateman, par Carswell et Thomson, par Henderson, par Paterson, par R. Willis, par Payne-Cotton, par Andrieu, par M. Caillault, sont de nature à faire résoudre cette question par l'affirmative. C'étaient des enfants se communiquant entre eux ou donnant à leur nourrice la même maladie; c'était une famille dans laquelle le père, la mère et trois enfants étaient affectés simultanément [3]. M. Caillault a suivi l'invasion successive de l'acné ombiliquée chez plusieurs individus couchés dans la même salle, et il a remarqué que l'affection apparaissait d'abord sur les parties découvertes, et par conséquent plus exposées aux contacts extérieurs [4].

Mais les essais d'inoculation d'Henderson, de Paterson et de M. Caillault ont échoué. MM. Huguier et Bazin ne par-

(1) Coïncidence d'engorgement des ganglions inguinaux (Magnan, p. 21); d'ophthalmie (Caillault, 1re Obs.).

(2) *Diseases of the skin*, p. 611.

(3) Payne-Cotton. (*Union*, t. II, p. 118.)

(4) *Archives*, 4e série, t. XXVII, p. 60.

lent pas de la contagion de l'acné. M. Piogey ne voit dans les faits cités que de simples coïncidences. J'ajoute que si l'acné ombiliquée était réellement contagieuse, les exemples n'en seraient pas si rares; ils auraient dû ne pas se borner à une famille, mais se multiplier, se perpétuer dans les mêmes lieux. Ils semblent, au contraire, naître sous des influences spéciales, propres à quelques individus de la même maison, et disparaître avec la cessation de ces causes encore ignorées.

e. — Symptômes. — 1° L'acné ombiliquée constitue de petites tumeurs, qui se manifestent sur la face, spécialement sur les paupières et le menton, sur le cou, sur les parties antérieure et postérieure du tronc. Elle siége assez fréquemment sur les organes génitaux externes de la femme. On ne l'a jamais vue sur les membranes muqueuses, ni à la paume des mains et à la plante des pieds.

2° Le nombre des points saillants varie beaucoup. Il peut n'être que de 5 à 15. D'autres fois, presque tout le corps en est couvert.

3° L'éruption peut être discrète; d'autres fois elle est confluente. Les petites tumeurs sont parfois disposées en groupes.

4° Leur couleur est ordinairement plus blanche que celle des parties voisines; elle est opaline et comme demi-transparente. On distingue quelquefois de petits vaisseaux qui rampent dans les parois des tumeurs les plus volumineuses.

5° Le volume de ces éminences est variable, depuis la grosseur d'une tête d'épingle jusqu'à celle d'une noisette (Caillault). Lorsqu'elles sont confluentes, elles forment une saillie plus prononcée et plus large.

6° Leur consistance est assez grande quand elles se développent; on croirait toucher une verrue. Mais si la matière contenue est exprimée, les parois ne sont plus tendues et la tumeur semble flétrie. Elles n'offrent pas d'ailleurs de réaction élastique. Elles restent affaissées si une cause quelconque vient les comprimer, surtout si cette compression est de longue durée.

7° Leur forme est donc différente, selon qu'elles sont libres ou qu'elles sont avoisinées par des parties qui les gênent et les compriment. Ainsi, elles sont arrondies ou cylindroïdes, ou sphéroïdales, ou coniques, ou bien elles sont allongées, ovalaires et aplaties. Quoique sessiles, leur circonscription est parfaitement déterminée.

8° Les tumeurs que je décris présentent à leur partie la plus saillante, ordinairement au centre, un point déprimé, noirâtre ou grisâtre, une sorte d'ombilic indiquant un pertuis. Un corps pointu pénètre facilement par cet orifice et plonge dans une cavité. Cet orifice peut être étroit, mais à l'aide d'une loupe on le découvre facilement. On y distingue quelquefois, par le moyen de cet instrument, un ou deux petits poils très-fins.

9° Une compression plus ou moins forte fait évacuer par cet orifice un fluide blanchâtre, épais, sébacé, ou crayeux, ou séro-purulent. Cette matière peut sortir en filaments allongés ou en petits grumeaux.

10° Les tumeurs de l'acné ombiliquée ne sont le siége d'aucune douleur, pas même de prurit. Il n'existe aucun trouble fonctionnel pendant leur développement.

d. — Marche, durée, terminaisons. — 1° L'acné ombiliquée a une marche très-lente, et ses progrès sont insensibles.

2° Quand on l'abandonne à elle-même, sa durée est variable, de plusieurs mois, d'un an ou plus.

3° Elle est néanmoins susceptible d'une guérison spontanée, par suite de l'inflammation du follicule. La matière sébacée est alors liquéfiée et entraînée par le fluide séreux, qui est sécrété. Elle sort en grumeaux par l'orifice ombilical élargi ; alors les parois s'affaissent et la cavité tend à reprendre ses dimensions ordinaires.

L'inflammation du follicule peut produire une ulcération plus ou moins irrégulière, large ou profonde et à bords élevés. La guérison ne s'obtient dans ce cas que par un traitement méthodique.

4° Le pédicule de la tumeur, resserré par l'ouverture du

derme que le follicule a traversée, peut s'étrangler, et il en résulte ou le dessèchement ou la gangrène de cette sorte de hernie. Dans le premier cas, les parois se resserrent et la matière sébacée se dessèche ; dans le second, la tumeur prend une teinte livide, et une eschare se forme. Dans l'une et l'autre circonstances, la guérison a lieu par la chute des parties qui dépassaient le niveau du derme.

5° La disparition de l'acné ombiliquée ne ramène pas la peau à son état primitif ; il reste une cicatrice plus ou moins enfoncée, rayonnée, blanchâtre, ou rougeâtre lorsqu'il y a eu perte de substance.

6° La persistance de cette acné peut amener sa transformation en *molluscum pendulum*.

e. — **Anatomie pathologique.** — L'excision de quelques-unes des tumeurs a permis d'en étudier la structure. 1° L'enveloppe extérieure est formée par la peau amincie ou l'épiderme; 2° au-dessous se trouve une membrane d'enveloppe de nature celluleuse; 3° puis on voit le follicule hypertrophié, formant des lobes distincts; on en a compté de 6 (Magnan) à 20 (Huguier) ; 4° à l'intérieur, ces cavités multiples sont tapissées par une lame épithéliale très-mince ; elles contiennent une matière sébacée épaissie, renfermant des cellules, des granules et quelques apparences de noyaux [1]. Il y a, en outre, des débris d'épithélium et des poils très-fins.

Le follicule, en se développant de dedans en dehors, a élargi l'ouverture du derme qui livrait passage au conduit excréteur. Il a passé à travers cette ouverture en allongeant comme un sac herniaire l'épiderme et son enveloppe celluleuse immédiate.

f. — **Diagnostic de l'acné ombiliquée.** — La description précédemment donnée éclaire assez le diagnostic. La présence d'un orifice et la sortie d'un fluide sébacé constituent des signes pathognomoniques et empêchent de confondre ces petites

[1] Wilson, p. 610.

tumeurs avec une simple verrue, ou avec des pustules de variole ou de varioloïde, ou encore avec les tubercules ou les papules syphilitiques, dont au reste la forme et la coloration présentent des différences très-sensibles.

g. — **Pronostic.** — Cette légère maladie est désagréable quand elle siége à la face, incommode quand elle survient aux parties sexuelles. Elle est sans danger ; elle ne produit de douleur que quand les follicules s'enflamment, et cette inflammation est souvent le signal de la guérison.

h. — **Traitement.** — L'acné ombiliquée, se produisant chez des individus lymphatiques, à constitution molle, à disposition scrofuleuse, réclame l'emploi des amers, des ferrugineux, des bains aromatiques, ou sulfureux et alcalins.

Le traitement local consiste dans l'emploi :

1° De lotions alcalines, d'onctions avec l'huile de cade ou avec le goudron et l'axonge, de stimulations répétées à l'aide de la teinture d'iode, ou d'une solution de bi-chlorure de mercure.

2° De douches plus ou moins actives.

3° De caustiques, tels que la potasse ou le nitrate d'argent. Si l'orifice permet l'introduction d'un crayon pointu, bientôt il se trouve par ce seul fait élargi, et la tumeur se vide facilement ; puis elle s'affaisse et guérit.

4° De l'incision et de la ponction du sommet de la tumeur, pour évacuer le follicule et en toucher les parois avec le nitrate d'argent.

5° L'excision, l'énucléation du kyste, sont rarement nécessaires. Ces diverses opérations ne sont employées que si les tumeurs sont volumineuses, peu nombreuses, et si elles ont résisté aux résolutifs précédemment indiqués.

II. — MOLLUSCUM *(MOLLUSCUM PENDULUM DE BATEMAN).*

Le nom de *molluscum* doit être réservé pour les tumeurs molles et volumineuses, sessiles ou pédiculées, que forment

les follicules hypertrophiés et quelquefois modifiés dans leur texture intime.

Willan, en se servant du mot *molluscum*, n'a pas indiqué la source qui le lui a fourni. Quelques auteurs ont cru qu'il faisait allusion à ces excroissances nuciformes que présente l'écorce de l'érable [1]; d'autres, avec encore moins de probabilité, que ce nom avait été tiré de celui des îles Moluques, où une affection analogue, décrite par Bontius, est endémique [2]. Il est plus simple de supposer, avec Jacobovics, que Willan n'a fait qu'adopter une expression employée par Ludwig dans la préface du Mémoire de Tilesius, dont l'observation a servi de première base à la création du genre [3].

Cette observation du professeur Tilesius, de Leipsick, est fort remarquable. Elle fut recueillie sur un mendiant de Mulhberg, âgé de cinquante ans. Dès sa naissance, la peau se montra couverte de tumeurs, qui s'accrurent très-lentement sans jamais manifester de tendance vers la guérison. Ces éminences étaient ovalaires, ou aplaties et irrégulières, et avaient un volume variant depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'un œuf. Deux tumeurs plus considérables étaient situées, l'une sur la tête, l'autre sur l'appendice xiphoïde; la première paraissait enkystée, la seconde formait comme une poche (marsupium). Il existait des excroissances sur toutes les parties du corps et *même à la plante des pieds*. Cependant, le caractère et le siége des tumeurs étaient réellement folliculeux, car on apercevait à leur centre un pertuis par lequel étaient expulsées des concrétions vermiformes, noires à leur extrémité saillante, blanchâtres au fond, et pouvant être comparées aux *comédons*. Ces tumeurs étaient molles et spongieuses, d'une couleur rouge brunâtre ou jaune obscur; la peau, sale et terreuse, offrait des taches couleur de rouille. Chaque mois les diverses excroissances, et surtout celle de l'épigastre, deve-

(1) Alibert; *Monographie des dermatoses*, p. 595. — Biett; *Dictionnaire de Méd.*, en 25 vol., t. XIV, p. 485.

(2) *Revue méd.*, 1843, t. I, p. 6.

(3) Voici ce passage · *Corpus tectum est verrucis* mollibus *sive* molluscis *et madidis sive myrmeciis.*

naient sensibles, prurigineuses, puis il s'opérait un écoulement âcre et fétide; il se formait des croûtes qui bientôt tombaient. Mais le calme n'était pas complet; il y avait une fièvre lente habituelle et des sueurs nocturnes; les vicissitudes atmosphériques produisaient dans la tumeur marsupiforme une chaleur ardente et des pulsations douloureuses, quelquefois une sensation de froid très-pénible. Ce sujet, qui fut observé par Tilesius jusqu'à l'année 1793 [1], ne mourut qu'en 1797. Il avait été admis dans un hospice de Leipsick, où il contracta accidentellement une inflammation du foie, de l'estomac et des intestins. L'examen cadavérique fut fait par Tilesius, Rosenmüller et Haase. Les recherches portèrent principalement sur la tumeur épigastrique, qui parut formée par une hypertrophie considérable des tissus composant la peau et des follicules. Elle était abondamment fournie de vaisseaux et même de nerfs. Les notes complémentaires de ce fait curieux ont été extraites par Weissenborn [2] des Mémoires de Tilesius, restés inédits.

Cette observation devint le type sur lequel Willan établit le genre *molluscum*. Lui-même en recueillit une deuxième, dont il donna le dessin, mais non la description.

Alibert eut longtemps sous les yeux un nommé Lucas, âgé de cinquante-trois ans, dont la peau était couverte de tumeurs fongiformes, sécrétant une humeur roussâtre, concrescible. La peau de ces éminences était flétrie et même insensible [3].

M. Gibert a publié l'observation d'un homme de soixante-deux ans, qui présentait des tumeurs indolentes, molles, sans couleur anormale, se détachant au-dessus de la surface du derme. Le sujet assurait que son père avait eu la même maladie; chez lui elle avait commencé à l'âge de trente ans [4].

Le Dr Water-Dick, de Glasgow, a donné deux histoires qui paraissent encore se rattacher au *molluscum*. Deux femmes,

(1) *Historia pathologica singularis cutis turpitudinis D. G. Reinhardi viri annorum L edidit cum 5 tabulis aeri incisis Tilesius*. Præf. Ludwig. Lips., 1793, in-folio.

(2) *De exanthemate mollusco*. Lips., 1829, p. 9.

(3) *Monographie des dermatoses*, p. 600.

(4) *Lancette française*, t. V, p. 157.

l'une âgée de trente ans, l'autre de trente-six, portaient sur les épaules, la poitrine, le dos, la tête, des tumeurs dont la grosseur était celle d'un pois, d'une noisette, d'un œuf de pigeon; quelques-unes étaient tendues, d'autres pendantes et molles [1].

M. Jacobovics mentionne deux faits observés chez des femmes de soixante à soixante-dix ans. Les tumeurs mollusciformes étaient plus volumineuses, chez l'une au cou, et chez l'autre sous l'hypochondre droit [2]. Le même observateur a donné l'histoire très-détaillée d'un homme de cinquante-six ans, chez lequel la maladie avait commencé, vingt ans auparavant, par des taches jaunes, arrondies, puis par des saillies parsemées de points blancs. Ces tumeurs, disséminées sur la tête, le cou, le tronc, quelques-unes ayant la grosseur d'un œuf de pigeon, étaient arrondies ou irrégulières, sessiles ou semi-pédiculées, d'une teinte brunâtre ou rougeâtre; elles contenaient une matière athéromateuse, offraient des orifices multipliés et très-larges, des follicules obstrués par des concrétions de matière sébacée. Cette disposition était surtout manifeste à la face. M. Jacobovics a appelé ce molluscum *bigarré*, à cause de la diversité de couleur des éminences [3].

Un fait remarquable et assez analogue à celui de Tilesius a été présenté récemment par M. Hargrave à la Société chirurgicale d'Irlande. Il s'agit d'un homme de quarante-deux ans, dont les tumeurs, très-multipliées, étaient congénitales et s'étaient accrues jusqu'à l'époque de l'adolescence. Cette maladie était héréditaire [4].

Plusieurs autres observations ont été présentées par MM. Hale Thomson [5], J.-J. Renault [6], Neret [7], Washington L.

(1) *Archives*, 3e série, t. VII, p. 246.
(2) *Molluscum*, p. 27.
(3) *Molluscum*, p. 48.
(4) *Gaz. des Hôpit.*, 1842, p. 163.
(5) Molluscum albumineux. *Lancet*, t. II, 1841. (Wilson, p. 620.)
(6) Molluscum non contagieux du scrotum chez un matelot âgé de quarante-sept ans. (*Revue méd.*, 1842, t. III, p. 350.)
(7) Chez un vieillard de soixante-treize ans. (*Archives*, 4e série, t. VIII, p. 463.)

Atlee [1], Worthington [2]. Peut-être une analyse rigoureuse de ces faits engagerait-elle à contester le titre de *molluscum* qui leur est attribué; mais il ne saurait en être de même relativement à deux observations d'*acné pédiculée*, recueillies par M. Caillault, sur des hommes, l'un de cinquante-neuf ans, et l'autre de cinquante ans. Ces tumeurs étaient multipliées, indolentes, molles, pendantes, quelques-unes sessiles, mais mobiles, du volume d'un œuf de pigeon et présentant des orifices folliculeux par où la matière sébacée pouvait être exprimée [3].

Tels sont les principaux faits que la science possède sur le *molluscum pendulum* de Willan, ou *molluscum* proprement dit. J'en déduis les remarques suivantes :

1° Cette maladie a été congénitale pour deux individus; elle s'est développée, chez la plupart des autres, après l'âge de trente ans.

2° Sur 15 sujets dont le sexe était connu, 9 étaient des hommes.

3° L'influence héréditaire a été quelquefois constatée [4].

4° La transmissibilité contagieuse ne s'est révélée dans aucun cas.

5° Les sujets avaient tantôt une constitution faible, tantôt une santé robuste. Quelques-uns avaient la peau naturellement rugueuse, brune, épaisse, huileuse.

6° Le molluscum s'est montré sur diverses parties, sur la tête, le tronc, les membres; rarement il a eu un siége circonscrit, mais toujours les tumeurs ont été nombreuses.

7° Leur couleur était variable, comme celle de la peau, ou

(1) *American Journ. of med. Sciences*, 1841, april, p. 296. Avec les tumeurs mollusciformes coexistaient, chez une femme de trente-un ans, une tumeur enkystée fibro-celluleuse et des encéphaloïdes du péritoine. Parmi les tumeurs attribuées au molluscum, il s'en trouvait à la plante des pieds et à la paume des mains, circonstance qui, avec les coïncidences signalées, laisse des doutes sur le vrai caractère de ces diverses tumeurs.

(2) *American Journ. of med. Sciences*, 1845, oct., p. 286. Chez une femme de vingt-cinq ans, quelques tumeurs existaient encore à la paume des mains et à la plante des pieds.

(3) *Archives*, 4e série, t. XXVII, p. 322 et 325.

(4) Cas de M. Gibert; — de Hargrave; — l'un des malades de M. Caillault assurait que son frère aîné avait eu la même affection. (*L. c.*, p. 327.)

jaunâtre, ou rougeâtre, ou d'un brun plus ou moins foncé.

8° Leur volume était de 1 à 6 centimètres de diamètre.

9° Leur consistance molle et sans élasticité ni fluctuation.

10° Leur forme arrondie, ou aplatie, ou ovalaire, ou inégale. Elles étaient sessiles ou allongées, pédiculées, pyriformes ou cylindroïdes et pendantes; de là le nom de *molluscum pendulum*.

11° Leur surface présentait un ou plusieurs orifices, par lesquels il était possible d'extraire de la matière sébacée solide, ou liquéfiée par un fluide séro-purulent. Ce liquide avait une odeur fétide.

12° Il paraît que ces orifices ont pu s'oblitérer; alors les parois se remplissaient, se distendaient, et la tumeur prenait l'aspect d'un athérome. Cette disposition s'est montrée sur le cuir chevelu.

13° Le tissu hypertrophié des follicules et de la peau, se modifiant à la longue et s'épaississant, a pu resserrer les cavités; mais les tumeurs ont conservé une apparence spongieuse.

14° Le molluscum se développe avec une extrême lenteur. Ses progrès ne se comptent que par années. Il semble stationnaire. S'il paraît quelquefois s'animer, s'irriter, c'est pour reprendre bientôt son état antérieur.

15° Il n'a jamais présenté de tendance spontanée à la guérison.

16° Il n'admettrait de traitement que s'il était commençant; alors ce serait celui de l'acné ombiliquée qui conviendrait. Les tumeurs volumineuses gênant les mouvements pourraient être extirpées, si elles n'étaient qu'en très-petit nombre.

17° Quoique analogues pour le siége, pour le mode d'hypertrophie folliculaire qui les engendre, le *molluscum* et l'*acné ombiliquée* présentent, comme on vient de le voir, des différences relativement à l'âge et au sexe des sujets affectés, au volume et à la disposition des tumeurs, à la marche et aux modes de terminaison de la maladie.

III. — TUMEURS SÉBACÉES SOUS-DERMIQUES.

Les tumeurs dont il s'agit actuellement diffèrent des précédentes, en ce que les follicules hypertrophiés se développent sous le derme et que leurs orifices ne livrent passage à aucune matière, soit qu'ils conservent encore une certaine perméabilité, soit qu'ils se trouvent entièrement oblitérés.

On nomme *tannes* une variété de ces tumeurs que l'on voit souvent sur la face, le cou ou la poitrine, formant une saillie aplatie et dure, peu considérable et résistant à tous les fondants. Lorsqu'on peut retrouver les traces du principal orifice, il est facile de le dilater et d'expulser la matière sébacée par une légère pression latérale des parois. Cette matière est ordinairement blanchâtre, grumelée ; elle sort par jets. L'introduction d'une pointe de nitrate d'argent dans cet orifice agrandi, opère l'affaissement et la disparition de la tumeur.

Des éminences plus volumineuses renfermant des matières de couleur et de consistance diverses, comparées au miel, à la bouillie ou au suif *(méliceris, athérome, stéatome)*, ont été considérées comme des tumeurs enkystées. Mais, ainsi que l'a depuis longtemps établi Van den Bosch [1], elles ne sont pas dues à des formations organiques nouvelles. Ce sont des distentions et des hypertrophies folliculeuses. Ces maladies étant du ressort de la chirurgie, je ne m'y arrêterai pas. Toutefois, je ne saurais passer entièrement sous silence une variété particulière, décrite avec soin par M. É. Wilson, sous le nom de *tuberculum malignum*.

Cette sorte de tumeur, de petit volume, dure, aplatie, incolore, jaunâtre ou rouge, arrondie ou lobulée, est susceptible de s'ulcérer, de se couvrir d'une croûte noirâtre et de produire des granulations saignantes et fongueuses. Parfois solitaires, ces follicules hypertrophiés sont d'autres fois multiples; on les observe surtout à la face. M. Wilson leur attribue un

(1) *Theoritische und pratische, etc.* Manster et Osnabruck, 1786. (*Annales des maladies de la peau*, t. II, p. 202.)

caractère malin; il prononce même le mot *cancéreux*. Mais il n'y a pas lieu d'admettre ce diagnostic. C'est une induration et une hypertrophie concentrique d'un ou de plusieurs follicules, avec inflammation de leur tissu et des parties voisines. Le caustique en fait toujours prompte justice, et sans récidive. C'est ce que M. Wilson a lui-même constaté dans sept cas ([1]). Lorsque ces tumeurs sébacées ont des parois très-épaisses et fibreuses, ou fibro-cartilagineuses, et que la cavité du follicule est à peu près effacée, l'extirpation avec le bistouri est préférable au caustique.

§ III. — Altérations de la matière sébacée.

Les altérations de la matière sébacée produisent l'*acné punctata*, l'*acné sebacea* ou *stéarrhée*, la *mélastéarrhée*, l'*ichthyose sébacée* et les *cornes humaines*.

I. — ACNÉ PUNCTATA.

L'*acné punctata* est une maladie cutanée très-légère qui résulte de la rétention de la matière sébacée dans les conduits folliculeux dilatés. Cette matière fait une légère saillie à l'orifice du conduit. Une pression exercée sur les côtés du follicule expulse un petit corps allongé et vermiforme. Il est noirâtre à l'extrémité qui se présentait au dehors, et d'un blanc jaunâtre, terne ou grisâtre, dans toute la partie contenue dans le follicule.

Ce corps, nommé *comédon*, est constitué par la matière sébacée, concrète, mêlée d'un certain nombre de poils très-fins et repliés ([2]). Le microscope y fait également reconnaître une multitude de cellules épithéliales. M. Gustave Simon, de Berlin, a en outre reconnu, en 1842, la présence d'un parasite auquel il a donné le nom d'*acarus folliculorum (demodex comedonum)*.

([1]) *Diseases of the skin*, p. 610.

([2]) Plus le comédon est ancien, plus on distingue de poils. Wilson en a compté plus de vingt. (*Diseases of the skin*, p. 607.)

L'acné punctata se manifeste surtout chez les personnes dont la peau est épaisse. C'est au visage, sur le nez, le front, les joues, qu'on observe les points noirs qui en forment le signe le plus apparent. Pour combattre cette légère maladie, on a conseillé les lotions alcalines et savonneuses. M. Wilson a proposé la solution de bi-chlorure de mercure alcoolisée ou mêlée avec l'émulsion d'amandes amères. Mais ces lotions et les pressions exercées sur les follicules peuvent irriter la peau et produire un érythème opiniâtre.

Il est quelquefois utile d'agir sur toute la peau pour modifier cette sécrétion. Les bains froids, les bains de mer, les bains de vapeur, les bains sulfureux, peuvent, selon les circonstances, être employés dans ce but.

II. — ACNÉ SEBACEA; FLUX SÉBACÉ; STÉARRHÉE.

C'est une affection cutanée chronique, souvent rebelle, qui consiste en une augmentation et une modification de la sécrétion sébacée.

Les follicules ont subi l'influence d'une excitation; mais les indices d'une véritable inflammation manquent. Il n'y a ni douleur ni tuméfaction des follicules; il existe à peine une légère teinte rosée de la surface de la peau. Il peut y avoir quelquefois un certain degré de chaleur.

Le *flux sébacé* avait fixé l'attention de M. Rayer [1]. Il a été décrit sous le nom d'*acné sebacea* par Biett, par M. Cazenave [2], par M. Gibert [3]. M. Wilson s'en est occupé sous le titre de *stearrhœa* [4].

La matière sécrétée en abondance, tantôt reste liquide, huileuse, tantôt se concrète immédiatement et forme des croûtes plus ou moins épaisses; de là deux espèces de *flux* ou d'*acné sebacea* : l'une, que l'on peut appeler *flux sébacé hu-*

[1] *Maladies de la peau*, t. II, p. 699.
[2] *Annales des maladies de la peau*, t. III, p. 124, 141, 169, 329; t. IV, p. 292.
[3] *Revue méd.*, 1848, t. I, p. 13.
[4] *Diseases of the skin*, p. 587

mide ou *acné sebacea madidans;* l'autre qui se nommera *flux sébacé concret* ou *squameux, acné sebacea squamosa.*

I. — ACNÉ SEBACEA MADIDANS.

Cette espèce, appelée par M. Cazenave *fluente,* s'observe au cuir chevelu et à la face.

Le *flux sébacé humide du cuir chevelu,* qui conserve son état huileux, a été observé chez des personnes jeunes, lymphatiques et grasses, qui usent de certains cosmétiques. M. Cazenave signale sous ce rapport les inconvénients de l'eau athénienne [1]. La matière sébacée liquide coule le long des cheveux, les imprégne, les colle entre eux. Il n'existe ni rougeur du cuir chevelu, ni chaleur, ni démangeaison; mais les cheveux sont gras, aplatis et droits; ils répandent une odeur fade, désagréable. Si on les coupe ras, on voit suinter à côté de leur racine de petites gouttelettes de matière huileuse.

M. Cazenave a constaté que cette hypersécrétion augmente à l'époque menstruelle [2].

L'absence des croûtes et de toute autre lésion apparente du cuir chevelu ne permet pas de confondre cette maladie avec l'eczéma, avec l'impétigo, etc.

Le *flux sébacé humide de la face* accompagne souvent l'*acné punctata*. Le nez, le front, les joues et surtout la ligne qui les sépare du nez, présentent un enduit gras, huileux, qui donne à la peau un aspect luisant et sale. Une lame non tranchante, passée de champ sur les surfaces affectées, enlève une couche de matière comme butyreuse et grisâtre.

Cet état de la peau peut être habituel; c'est une incommodité dont il est difficile de se débarrasser. S'il est accidentel, récent, on peut essayer de le combattre par les bains alcalins, par les lotions savonneuses, par les solutions astringentes, comme celle de sous-acétate de plomb, par les décoctions de plantes ou d'écorces contenant du tannin. Les purgatifs

(1) *Annales*, t. III, p. 142.
(2) *Ibid.*, p. 143.

peuvent être utiles, en provoquant des sécrétions intestinales révulsives.

II. — ACNÉ SEBACEA SQUAMOSA.

Cette deuxième espèce se présente sous la forme de plaques ou de croûtes sèches, minces ou épaisses, largement étendues ou circonscrites, d'une couleur jaune, grise ou brune. On l'observe au cuir chevelu et à la face.

Sur le *cuir chevelu,* le flux sébacé forme des plaques minces qu'on distingue dans l'intervalle des cheveux. Leur couleur est jaune, verdâtre ou brune. Elles adhèrent à la peau et non aux cheveux, qu'elles laissent d'abord intacts; mais, après un certain temps, elles en diminuent le nombre, sans toutefois produire une véritable alopécie.

Le flux sébacé n'a de ressemblance qu'avec l'eczéma, qui s'accompagne aussi de croûtes sur le cuir chevelu; mais celui-ci occasionne un prurit très-vif et un suintement séreux ou sanieux, et lorsque les croûtes sont enlevées, elles laissent le cuir chevelu rouge, inégal, humide.

L'*acné sébacée squameuse de la face* se montre le plus ordinairement au nez ou aux joues.

Sur *le nez,* elle a généralement l'apparence d'un bouton aplati. Elle est circonscrite et forme une croûte plus ou moins épaisse, dure, sèche, d'une couleur jaune, brune, grisâtre. Cet état morbide pourrait être confondu avec un lupus commençant; cette erreur est facile à éviter en ramollissant la croûte et la faisant tomber.

Sur *la joue,* l'acné sébacée concrète constitue des plaques successivement élargies ou multipliées, d'un jaune clair ou doré, ou verdâtre, parfaitement limitées, ayant un aspect écailleux. C'est cet aspect qui a trompé Bateman et lui a fait prendre, comme l'a très-judicieusement indiqué M. Rayer [1], un flux sébacé squameux pour une véritable ichthyose. En examinant avec soin la figure qu'il en a donnée, on ne peut

[1] *Maladies de la peau,* t. II, p. 702.

conserver à cet égard le moindre doute (1). Ce sont de petites croûtes inégales, carrées ou triangulaires, séparées par des intervalles étroits de peau saine; leur teinte est d'un jaune verdâtre. Elles recouvrent la joue et s'étendent jusqu'au niveau du maxillaire inférieur. J'ai vu depuis longtemps plusieurs cas de ce genre dont le vrai caractère m'a paru évident. L'application d'un cataplasme suffisait pour nettoyer ces surfaces, et on voyait ensuite la matière sébacée former un enduit successivement augmenté. La peau était quelquefois un peu rougie; on y distinguait les orifices béants d'un certain nombre de follicules; il n'en découlait point d'exsudation liquide, mais le doigt reconnaissait une sorte d'enduit gras, qui bientôt se convertissait en de nouvelles plaques. Ces plaques peuvent être d'un jaune doré; c'est alors la *stearrhœa flavescens* de M. Moore Neligan (2) et de M. Wilson (3). Plus souvent elles sont d'un jaune sale, gris ou verdâtre.

M. Gibert a vu l'acné sébacée squameuse bornée à la paupière supérieure (4).

Quelquefois elle s'étend à presque toute la face; c'est ce que j'ai vu chez une dame de soixante ans et chez un jeune homme de vingt-cinq. La maladie fut opiniâtre chez ce dernier, et très-facile à guérir chez la première.

L'acné sébacée est assez fréquente chez les femmes. On l'observe à tous les âges, si ce n'est dans l'enfance. Il est des constitutions molles et lymphatiques qui semblent y disposer. La dysménorrhée en a été plusieurs fois la cause la plus évidente. J'ai fait cette remarque spécialement chez une jeune dame âgée de vingt-huit ans et mère de trois enfants. Mal réglée depuis quatre ans, elle se plaignait constamment de chaleur à la tête. Douée d'un tempérament sanguin, elle avait souvent les pommettes colorées; elle s'aperçut au bout d'un certain temps

(1) *Delineations of cutaneous diseases*. London, 1817, plate XVIII. Cette planche ne se trouve pas dans l'ouvrage de Willan, tandis que toutes les autres figures du livre de Bateman ne sont que des répétitions de celles de Willan. — M. A.-T. Thomson a commis la même erreur.

(2) *Practical treat. of the diseases of the skin*, p. 275.

(3) *Diseases of the skin*, p. 594.

(4) *Revue médicale*, 1848, t. I, p. 16.

que les joues, et surtout la gauche, se couvraient de petites taches jaunâtres qui tendaient à augmenter et qui prenaient un état écailleux. Je conseillai une saignée tous les mois, des pédiluves sinapisés vers les époques menstruelles, les demi-bains sulfureux, le petit-lait et un régime sévère. Cette maladie guérit par la cessation de sa cause, c'est-à-dire par le rétablissement de la régularité des menstrues.

La stéarrhée résulte quelquefois d'une surexcitation générale, et spécialement d'une grande susceptibilité nerveuse. Une demoiselle âgée de vingt-quatre ans, maîtresse de musique, d'un tempérament lymphatico-sanguin, ayant éprouvé des symptômes de pléthore, fut saignée; un autre médecin crut avoir à redouter une prédominence lymphatique, et alors il conseilla les toniques, les stimulants et un régime très-substantiel. L'organisme en fut évidemment surexcité; il se manifesta diverses éruptions, et une matière jaunâtre vint se déposer sur le nez et sur les joues, formant des croûtes épaisses, sous lesquelles la peau était rouge et ramollie, et les orifices des follicules sébacés béants. Le traitement fut basé sur l'appréciation de cette coïncidence d'une phlegmasie chronique locale et d'une surexcitation nerveuse générale.

Le flux sébacé succède parfois à des manifestations de la diathèse herpétique, et s'accompagne alors de prurit [1].

Cette maladie est sans danger par elle-même, mais son opiniâtreté devient une cause de chagrins continuels pour les personnes du sexe qui tiennent à la beauté ou à l'intégrité de leur visage. J'ai vu une dame tomber par cette cause dans une véritable monomanie qui la poursuivit longtemps. Elle parcourut toutes les eaux des Pyrénées, alla à Montpellier et en d'autres villes, demandant partout des remèdes qui pussent la débarrasser. Quand l'espoir de guérir commença à se perdre, le dérangement mental fit des progrès, et elle fut reléguée dans une campagne, où elle traîna quelques années encore une vie pleine d'amertume.

(1) Voyez-en un exemple dans *Annales des maladies de la peau*, t. I, p. 303.



Le traitement de l'acné sébacée exige de la prudence. Après avoir combattu, s'il y a lieu, la dysménorrhée, la pléthore, l'embarras gastrique, on doit employer les émollients en cataplasmes, en bains, en boisson. Le régime sera très-adoucissant. J'ai obtenu des résultats inespérés de l'application de simples cataplasmes de riz continuée pendant longtemps.

J'ai eu recours, quand les squames se détachaient, au calomel répandu en poudre fine sur les surfaces affectées. C'est un modificateur très-utile.

Les bains alcalins ou sulfuro-alcalins ont encore un emploi favorable, ainsi que les bains et les douches de vapeur.

Quelques topiques paraissent avoir eu de l'utilité : telles sont la solution de bi-chlorure de mercure unie à l'émulsion d'amandes amères [1], la pommade avec l'oxy-chlorure ammoniacal de mercure [2], la solution de bi-iodure de mercure (0,75) dans l'éther sulfurique (60 grammes), pour en toucher avec un pinceau les surfaces malades [3].

Lorsque l'acné sebacea squamosa est circonscrite, et qu'elle résiste, on peut toucher les orifices des follicules sébacés avec le crayon de nitrate d'argent. J'ai employé ce moyen avec succès dans quelques cas. Les caustiques plus actifs seraient nuisibles. M. Cazenave a insisté sur l'inconvénient de cautériser profondément les follicules affectés, surtout quand la maladie a son siége sur le nez. La perte de substance laisse des cicatrices plus ou moins irrégulières et déprimées; de plus, si l'eschare a mis à nu la cavité même des follicules, la surface de la peau reste anfractueuse et criblée de petites ouvertures, dans lesquelles viennent se loger la poussière et d'autres petits corps qui la ponctuent de teintes noires.

[1] Wilson, p. 586. Ce médicament porte le nom de *liqueur de Gowland*; il se compose à peu près ainsi :

Lait d'amandes	195 grammes.
Bi-chlorure de mercure	0,10 centigrammes.
Hydrochlorate d'ammoniaque	

(Cazenave; *Annales*, t. II, p. 90.)

[2] Gibert; *Revue méd.*, 1848, t. I, p. 17.

[3] Cazenave; *Annales*, t. III, p. 174.

III. — MÉLASTÉARRHÉE (*STEARRHÆA NIGRICANS*).

Ce nom a été donné à une maladie fort rare et très-curieuse, qui consiste en une coloration noire imprégnant les paupières et les parties voisines de la face. Cette coloration diffère de celle qui résulte d'une altération du pigment. Elle n'est pas sous-épidermique; elle dépend d'un enduit déposé sur l'épiderme, et qu'il est possible d'enlever. Cette maladie a des rapports marqués avec l'acné sebacea.

La science ne possède sur cet état morbide qu'un petit nombre d'observations dont voici les principales circonstances :

En 1709, James Yonge écrivit à Hans Sloane qu'une jeune fille de Plymouth, âgée de seize ans, ayant eu sur les joues des papules brûlantes, présenta un mois après, sur les parties de la face que couvrirait une visière, une coloration noire semblable à celle d'un nègre. Des lotions enlevaient cet enduit, qui se reproduisait jusqu'à cinq ou six fois par jour. Il n'était accompagné d'aucune douleur, mais d'un peu de chaleur et de rougeur. Quand il venait d'être enlevé, la peau restait nette et blanche; en se reformant, il salissait les linges et vêtements qui touchaient la face; il était onctueux au toucher et semblait formé d'un mélange de graisse et de suie. Cette matière était insipide. La jeune fille n'était pas encore réglée; elle était peu développée, mais bien portante. Plus tard, Yonge fit savoir que l'enduit noir était divisé en plusieurs taches, reparaissant plus rarement, et étant moins foncé que dans les premiers temps (1).

Le second exemple est dû à M. Teevan (2). La malade, observée d'abord par le Dr Read, de Belfast (3), était âgée de quinze ans, mal réglée, souffrant de la poitrine et ayant les digestions difficiles. Une teinte très-noire, commençant à l'an-

(1) *Philos. Transact.*, 1709.
(2) *Med.-chir. Transact.*, t. XXVIII, 1845. (*Medical Times*, t. XII, p. 293.)
(3) *Dublin medical Press*, t. XIV, p. 284.

gle interne des paupières, couvrait le pourtour des yeux et une partie du front. Ces surfaces étaient très-sensibles. On enleva l'enduit avec douleur, et il ne tarda pas à se reproduire. Les moyens locaux (astringents, nitrate d'argent) parurent nuisibles; ils amenèrent deux fois un érysipèle de la face. Au bout de quatre mois il survint des vomissements abondants d'un fluide d'apparence fuligineuse. Il y eut des selles et des urines noirâtres. Peu de temps après, la coloration noire de la face disparut, la santé générale était devenue très-bonne.

La troisième observation appartient à M. le Dr Bousquet, de Saint-Chinian ([1]). Une jeune femme, âgée de vingt-un ans, sans enfants et parfaitement réglée, précédemment atteinte de toux et de dyspnée, s'aperçut d'une teinte d'abord bleuâtre, puis brune et même noire, qui couvrit les paupières, les joues, et qui s'étendit à tout le visage. Cet enduit s'enlevait en essuyant la peau, qui restait un peu grise, comme un menton masculin dont la barbe très-noire viendrait d'être rasée. On voyait bientôt suinter des goutelettes d'un fluide noir. Il existait en même temps une céphalalgie intense. Après quatre mois, l'enduit disparut; quelques jours après il revint, mais pour s'effacer définitivement.

La quatrième observation a été communiquée à M. Moore Neligan, par le Dr Quinan, médecin du dispensaire de Donnybrook, près Dublin ([2]). La malade était une jeune fille de vingt-un ans, tailleuse, lymphatique, atteinte d'aménorrhée pendant un an, et d'espèces d'attaques d'érysipèle revenant à chaque période menstruelle, puis de toux, d'irritation gastrique et de vomissements sanguinolents. Il se forma à l'angle interne de l'œil gauche une tache d'un noir bleuâtre foncé, qui s'étendit le long de la paupière inférieure; le même phénomène s'observa du côté droit, les conjonctives conservant un aspect normal. Ces taches augmentèrent à chaque période menstruelle; elles prirent la couleur de l'encre de Chine.

([1]) *Mém. de l'Acad. de Méd. de Paris*, 1854, t. XVIII, p. 559.

([2]) *Dublin quarterly Journ.*, may 1855, p. 295.

Elles n'étaient pas uniformément étendues ; on distinguait des points d'un noir plus foncé. La peau qu'elles recouvraient était extrêmement sensible. Cette coloration anormale se répandit sur les joues, le nez, le front. Autour des taches noires des joues exsuda plus tard une matière jaune ayant absolument la couleur de celle qui constitue la *stearrhœa flavescens*. Enfin, M. Neligan constata que l'enlèvement de la matière noire laissait à découvert une surface cutanée rouge, présentant élargis les orifices des follicules sébacés hypertrophiés. A ce fait M. Neligan en a ajouté un autre qui lui a été fourni par M. Law, et qui paraît avoir été fort analogue.

M. Er. Wilson a vu la *stearrhea nigricans* chez deux jeunes femmes, dont l'une était confiée aux soins du Dr MacIntyre ([1]).

M. Leroy de Méricourt a eu la chance de rencontrer à Brest cinq cas, dont deux très-bien caractérisés ([2]).

M. Bank a observé la même affection à l'asile de Richmond, chez une fille âgée de vingt-trois ans, atteinte de monomanie suicide, ayant eu des érysipèles de la face, une longue aménorrhée, des hémoptysies périodiques. La teinte noire entourait les yeux et s'étendait sur les côtés du nez. La couleur de cet enduit était plus foncée pendant les époques menstruelles et au renouvellement des hémoptysies supplémentaires. Il y avait en outre agitation nerveuse, constipation, météorisme de l'abdomen, rétention d'urine.

Tout récemment, M. Blaise, de Gerpunsart (Ardennes), a observé une coloration bleuâtre sur le front et sur les paupières d'une fille âgée de vingt-six ans, mal réglée, et éprouvant aux époques menstruelles des symptômes de congestion cérébrale. La matière colorée est déposée en un pointillé très-dense, qui s'enlève aisément pour reparaître peu à peu ([3]).

([1]) *Diseases of the skin*, p. 595.

([2]) *Archives*, 5e série, octobre 1857, p. 439.

([3]) *Gaz. des Hôpit.*, 1858, p. 517. Cette Observation est inscrite sous le titre de *chromidrose*, dénomination qui est donnée aux sueurs colorées, et qui ne convient pas à la *stearrhea nigricans* Au moment où s'imprime cette feuille, paraît, dans le nº 6 (1859) de la *Gazette des Hôpitaux*, une Observation de M. Maker, de Colmar. Le sujet est une fille de dix-neuf ans, blonde, sujette à l'aménorrhée et ayant eu une hémoptysie.

Tels sont les faits principaux sur lesquels il est d'autant plus possible de fonder quelques considérations générales, qu'ils offrent entre eux les plus grandes analogies :

1° Toutes les personnes affectées appartenaient au sexe féminin.

2° C'étaient des femmes ou plus souvent des filles de quinze à vingt-six ans.

3° La plupart offraient quelques vices de menstruation. L'une d'elles n'était pas encore réglée; d'autres, en petit nombre, avaient conservé une menstruation très-régulière, ou cette fonction s'était rétablie sans amener de changement dans la maladie locale (1).

4° Des troubles du système nerveux, des flux hémorrhagiques ont précédé l'apparition de la stéarrhée.

5° Des érysipèles de la face ont eu lieu avant et pendant son cours.

6° Une sensibilité plus ou moins vive, quelquefois de la rougeur et de la chaleur, se sont montrées sur les points colorés.

7° L'enduit a d'abord paru autour des yeux ; il s'est plusieurs fois étendu sur le nez, le front, les joues, rarement sur tout le visage.

8° Il était épais et gras, d'un noir ou d'un bleu foncé. Il paraissait plus considérable à certaines époques; détaché, il se reproduisait dans l'espace de quelques heures.

9° Examiné au microscope, cet enduit s'est montré à M. Er. Wilson d'apparence sébacée; les noyaux des cellules, au lieu d'être incolores, étaient très-noirs. M. Kœberlé a trouvé des cellules épithéliales incolores ou jaunâtres, et d'autres colorées en bleu foncé, et en outre une matière amorphe insoluble très-analogue à l'indigo. (Observation de M. Maker).

10° La matière noire fournie par la malade du Dr Read ayant été analysée par M. Rees, s'est trouvée composée de carbone, fer, chaux, matière albumineuse, matière grasse, chlorure de calcium et phosphate de chaux

(1) Leroy de Méricourt, p. 440.

11° La guérison a plusieurs fois été obtenue au bout de quelques mois. Il y a eu des récidives.

12° Les topiques n'ont eu aucune utilité. Le traitement a dû être général, fondé sur l'état de la constitution, sur la nécessité de rappeler le flux menstruel.

La singulière affection dont je viens de rappeler les traits les plus remarquables, consiste bien évidemment en une lésion de la sécrétion folliculaire. Ce n'est point une altération du pigment, ni une pertubation de la perspiration cutanée.

Si la lésion était sous-épidermique, les lotions, les frictions, ne la modifieraient en rien. Il ne peut rester à cet égard aucun doute. Cette affection est également étrangère à l'appareil sudoripare; quelques faits justifient cette opinion.

1° La matière déposée s'est montrée analogue au fluide sébacé, soit par ses propriétés physiques, soit par l'examen microscopique, soit par l'analyse chimique.

2° Ce n'est qu'une matière de ce genre qui puisse se coller à la peau. La sueur coule au lieu de se déposer et de se concréter.

3° Cette matière enlevée laisse la peau blanche ou teinte d'une couleur grise, selon que les orifices des follicules en sont entièrement débarrassés ou en retiennent une partie.

4° Ces orifices ont été parfaitement distingués.

5° La stéarrhée flavescente a coïncidé avec la mélastéarrhée. Or, cette coïncidence montre l'identité de ces deux modes d'altération de la sécrétion folliculaire.

6° Enfin la mélastéarrhée a généralement été très-circonscrite, tandis qu'une sueur, quelque partielle qu'on la suppose, couvre presque toujours une surface plus ou moins étendue.

La dénomination de *chromidrose,* qui veut dire *sueur colorée,* ne convient donc nullement à cette maladie.

V. — ICHTHYOSE SÉBACÉE, OU FAUSSE ICHTHYOSE.

Cette ichthyose est caractérisée par l'augmentation de quantité, le desséchement et l'endurcissement de la matière séba-

cée, qui tantôt forme des plaques plus ou moins larges, tantôt produit des éminences saillantes en forme d'épines; de là deux espèces : la *squameuse* et l'*épineuse*.

I. — ICHTHYOSE SÉBACÉE SQUAMEUSE.

1° Cette variété a de grands rapports avec l'acné sébacée squameuse; elle en diffère par les dimensions et la consistance des squames.

2° Les faits d'ichthyose sébacée squameuse n'ont été recueillis qu'en petit nombre et sous des titres variés. J'y rapporte une observation de Weszpremi, relative à une fille de vingt-deux ans, chez laquelle les pieds et les mains étaient couverts de plaques très-épaisses, séparées par des sillons profonds. Ces parties étaient le siége d'un prurit très-vif, et quand les croûtes se détachaient la peau paraissait rouge (1).

Une autre observation est fournie par Paul Speth. C'est celle d'un jeune garçon de seize ans, portant des plaques d'apparence cornée sur la face, le cou, la poitrine, le dos des mains et sur les genoux. Ces plaques étaient séparées par des sillons. On pouvait les comparer à des écorces d'arbres; la peau était insensible au-dessous (2).

Hinze relate le fait suivant : Une femme de trente-quatre ans, adonnée à la boisson des spiritueux, à l'usage des excitants, accouche d'un quatrième enfant, dont la peau est couverte d'une couche épaisse, dure, cornée, jaunâtre, inégale, en quelques endroits comme noueuse, en d'autres plus mince, séparée en plaques par des sillons multipliés. Cet enfant mourut le quatrième jour (3).

M. Nicolucci a vu, chez une femme âgée de soixante-dix ans, une forme d'ichthyose, commencée cinq ou six ans auparavant par un suintement entre les orteils. Cette matière

(1) *Observationes medicæ.* (Haller; *Disputationes ad morb. hist.*, t. VI, p. 816.)

(2) Cette Observation est extraite d'un Mémoire allemand de P. Speth, sur l'ichthyose. Elle a été rapportée par Hille : *Rarioris morbi elephantiasi partiali similis hist.* Lipsiæ, 1828, p. 19.

(3) Cavry; *De ichthyosi*, p. 36.

s'était concrétée et formait des squames inégales et pleines d'aspérités, comme la peau de chagrin à l'extérieur, aréolaires à leur surface interne. Ces squames se gonflaient dans l'eau (1).

M. Wilson a vu l'ichthyose squameuse sur l'abdomen d'un jeune garçon. La peau de cette région était analogue à celle d'un saurien, couverte d'écailles ou plaques assez régulières, sèches et rudes, en quelques endroits épaisses et dures. En se détachant, ces croûtes produisaient de petites écorchures par où suintaient quelques gouttes de sang (2).

3° Cette altération de la sécrétion sébacée forme, comme les faits que je viens de citer le prouvent, des couches plus ou moins épaisses d'une matière concrète, disposées en croûtes épaisses ou plaques polygones, séparées par des sillons ou des intervalles plus larges. Cette sorte d'ichthyose se remarque dans les régions où les follicules sébacés sont abondants. Les écailles tombent et sont remplacées. La peau qu'elles recouvraient offre tantôt un état normal, tantôt une surface injectée, ou même enflammée et douloureuse, avec des orifices sébacés remplis d'une matière épaisse.

Il n'existe que rarement des phénomènes généraux ; ceux-ci résultent quelquefois d'une irritation gastro-intestinale.

4° M. Wilson a eu l'occasion d'examiner anatomiquement la peau altérée par l'ichthyose sébacée squameuse. Les écailles étaient grises à leur surface externe, blanchâtres en dedans. Après quelques jours de macération, le derme présentait de nombreuses dépressions, remplies par une matière sébacée épaisse.

5° Cette maladie peut être combattue avec succès par les lotions savonneuses et alcalines et par les bains sulfureux.

II. — ICHTHYOSE SÉBACÉE ÉPINEUSE.

1° La matière sébacée, épaissie, solidifiée, et formant des saillies allongées et nombreuses, rapprochées ou disséminées,

(1) *Piliatre sebezio.* (*Gaz. méd.*, 1847, t. XV, p. 191.)

(2) *Diseases of the skin*, p. 602.

produit l'ichthyose épineuse; elle diffère de la précédente, dont les productions sont aplaties et accolées sur la peau.

2° Les individus atteints de cette sorte d'ichthyose ont été comparés au *porc-épic*.

L'exemple le plus souvent cité et le plus remarquable a été fourni par une famille chez laquelle cet état anormal s'est transmis de père en fils. Je veux parler de la famille Lambert, de Suffolk, qui a eu pour historiens Machin, professeur d'astronomie [1], Baker [2], Girardeau [3], Tilesius [4], Lauth [5], et qui n'était pas encore éteinte en 1834 [6].

Sur toute la surface de la peau, excepté à la face, à la paume des mains, à la plante des pieds et aux parties génitales, la peau était recouverte d'excroissances cylindroïdes ou cuboïdes, aplaties sur les côtés, de 2 à 3 centimètres de longueur, 4 à 5 millimètres d'épaisseur; elles étaient implantées sur une peau blanche, qui paraissait saine.

Je pus voir deux membres de cette singulière famille en 1805. Ils se montraient pendant la tenue de l'une de ces foires qui attirent périodiquement l'exhibition de curiosités diverses : c'étaient des jeunes gens, qui parlaient l'anglais et assez bien le français; les espèces d'épines dont ils étaient couverts avaient une couleur brune; elles étaient sèches, dures, mobiles, et pouvaient, en se choquant, faire entendre un petit bruit pareil à celui que produit en s'agitant l'extrémité caudale du serpent à sonnettes [7].

Ces productions cornées tombaient tous les ans, vers l'automne, et se renouvelaient successivement. En les humectant pendant plusieurs jours, on hâtait leur chute. Cet état de la peau n'empêcha pas l'éruption de la variole de se faire. Dans

(1) *Philos. Transact.*, 1731, n° 424.

(2) *Ibid.*, 1755, vol. XLIX, part. I.

(3) *Ancien Journal*, 1771, t. XXXVI, p. 149.

(4) Sur la famille Lambert. Altenburg, 1802, in-folio.

(5) *Mém. de la Soc. d'Agriculture, Sciences et Arts de Strasbourg*, 1811, t. I, p. 327, — et Lobstein; *Anat. path.*, t. I, p. 359.

(6) *London med. and Surg. Journ.*, 1834, sept. (*Archives*, 2e série, t. VI, p. 426.)

(7) La comparaison était facile. Un serpent de cette espèce était montré dans une loge voisine.

cette famille, c'était ordinairement vers le deuxième ou le troisième mois après la naissance que les saillies cornées commençaient à se prononcer. En 1802, déjà cinq générations avaient offert cette altération cutanée, toujours dans la ligne masculine. Le descendant qu'on voyait en 1834 avait quarante-cinq ans, et son frère avait deux fils, tous deux atteints de cette remarquable dermatose.

3° La science possède quelques autres exemples d'ichthyose épineuse, dont les saillies étaient nombreuses et disséminées. Le sexe masculin n'a pas été seul affecté.

Ingrassias paraît avoir observé cette altération cutanée chez une jeune fille, dont la tête, le front, les membres, étaient hérissés de productions cornées aiguës ([1]). Fabrice, de Hilden, rapporte l'observation d'une fille des environs de Berne qui avait sur les bras, les jambes et le dos des cornes noirâtres, droites ou recourbées, de 2 à 3 centimètres de longueur ([2]). Musœus, et Franck de Frankenau ([3]), virent à Copenhague une jeune fille qui présentait des productions cornées nombreuses. Enfin, Ash a donné l'exemple d'une autre personne, nommée Anne Jackson, qui eut sur tout le corps, et principalement au voisinage des articulations, une multitude de petites cornes; il s'en trouvait aussi à l'extrémité des doigts qui avaient pris naissance entre la pulpe et les ongles : c'était comme des ergots de coq. Cette fille, âgée de quatorze ans, ne paraissait en avoir que cinq; elle n'était point menstruée. Elle était faible, mais ses fonctions digestives s'exécutaient fort bien ([4]).

4° Les faits suivants appartiennent au sexe masculin.

Richter a vu chez un goutteux se former sur la peau des membres inférieurs des productions cornées, noirâtres et insensibles ([5]).

([1]) *De tumoribus præter naturam*, t. I, p. 336.

([2]) Fabrice de Hilden, centur. II, obs. 25.

([3]) Musœus; *De unguibus monstrosis et cornuum productione in puella cornigera*. Hafn., 1716.

([4]) *Philos. Transact.*, n° 178, p. 1202.

([5]) *Journal de Loder*, 1797. — Cavry, p. 44.

M. Sormani a décrit l'état d'un jeune homme de vingt-un ans, qui, depuis sa naissance, portait des éminences cornées de diverses formes; ces éminences conoïdes ou prismatiques, ayant jusqu'à 5 ou 6 centimètres de long, étaient nombreuses aux membres, surtout aux inférieurs, à la jambe droite et à la cuisse gauche; la plante des pieds et la paume des mains en étaient exemptes. Il y en avait à la face; elles étaient rares sur le crâne. A leur sommet, elles étaient dures; cependant, l'ongle pouvait les entamer; mais à leur base elles étaient plus molles, et même elles offraient un tissu vasculaire. L'eau chaude les ramollissait. M. Sormani a appelé cette altération, qui n'était nullement héréditaire, *cératiase multiple* (1).

Le Dr Durkee, de Boston, a présenté une autre observation fort intéressante sur le même sujet. Un marchand, âgé de trente-deux ans, jouissant d'une bonne santé, avait hérité de son père et offert, peu après sa naissance, des productions cornées, épineuses, qui recouvraient tout le côté gauche de son corps, à l'exception de la face, du cou, de la paume de la main et de la plante du pied. Mais l'aissèle, le coude, le dos de la main et des doigts en présentaient un grand nombre. Elles avaient la forme d'un grain de blé. Ordinairement inclinées sur le côté du tronc, elles se redressaient par les mouvements du bras. Le côté droit du pénis était également garni de ces saillies épineuses. Il en résultait, lors des approches conjugales, beaucoup d'irritation dans les organes sexuels de la femme. Les saisons étaient sans influence sur l'altération cutanée. La perspiration était absolument nulle du côté affecté (2).

5° Quelques recherches ont été faites pour déterminer la nature des excroissances de l'ichthyose épineuse. Tilesius ayant examiné l'effet des réactifs sur celles des frères Lambert, n'arriva pas à des résultats positifs. Buniva fut plus affirmatif : il crut y reconnaître la présence d'une gélatine solide, dure, unie à du phosphate et du carbonate de chaux (3). Le

(1) *Giornale, etc.*, 1841. (*Gaz. méd.*, t. X, p. 587.)
(2) *American Journ. of med. Sciences*, 1853, january, p. 113.
(3) Wilson, p. 603.

microscope y a fait découvrir une multitude de poils extrêmement fins, roulés et diversement contournés ([1]).

6° Le siége primitif de la formation de ces épines a été depuis longtemps placé dans les follicules sébacés. Elles procèdent, dit Girardeau, des glandes cutanées, et ce qui le prouve, c'est que l'intérieur des mains, qui en est dépourvu, ne présente jamais de ces productions ([2]). Tilesius soutient aussi que c'est le fluide sébacé qui se concrète et forme les éminences cornées. Struve professe la même opinion.

On a vu les follicules remplis d'une substance épaisse ([3]). Il s'écoulait, de l'intervalle des épines ou cornes, une matière glutineuse; ces saillies, devenues si dures, avaient été d'abord molles et humides ([4]). Leur base a paru quelquefois vasculaire et sensible; c'est qu'elle était embrassée par les follicules développés, élargis et irrités. Peut-être même ceux-ci envoyaient-ils des prolongements vasculaires dans le plasma, servant d'intermédiaire et de lien entre les parois et la base de la concrétion cornée.

On a remarqué la sécheresse de la peau dans les régions où les éminences cornées étaient nombreuses; c'était probablement par la compression des conduits sudorifères placés entre les follicules distendus. Il y a lieu de présumer que le derme lui-même se modifie à la longue, et que la présence des concrétions qu'il supporte le rend épais et dense.

7° Les moyens qu'on pourrait opposer à l'ichthyose épineuse sont analogues à ceux qu'on emploie contre les variétés précédentes. Il faut ramollir par des bains prolongés, simples ou alcalins, la base des éminences cornées, et quand elles sont détachées, prescrire des bains toniques, sulfureux ou aromatiques, ou ceux de décoction de feuilles de noyer, ou mieux encore d'écorce de chêne, pour modifier l'état de la peau.

(1) *Mém. de l'Acad. des Sciences de Turin*, 1811, p. 364-403.
(2) *Ancien Journal*, t. XXXVI, p. 165.
(3) Cavry, p. 73.
(4) Gibert; *Maladies de la peau*, p. 294.

V. — CORNES HUMAINES.

1° Si l'altération dont je viens de parler, au lieu d'être disséminée, se concentre sur un petit nombre de follicules, elle y prend un développement plus considérable. Il en résulte une ou plusieurs éminences volumineuses, allongées, ordinairement recourbées, auxquelles on donne le nom de *cornes humaines*.

2° Les exemples de cornes développées sur diverses régions du corps humain sont nombreux. La plupart ont été cités et rapprochés dans la Thèse de M. Dauxais [1]. On en compte environ soixante.

On peut en ajouter quelques autres, dont on trouvera les détails aux sources suivantes :

(1re) Parkinson, 1790; *Medical Memoirs*, t. IV, p. 391. — (2e et 3e) Everard Home, 1791 ; *Philosoph. trans.*, t. LXXXI, pars 1; *Medical facts*, t. III, p. 103; *Biblioth. médicale*, t. XVIII, p. 387. — (4e, 5e, 6e) Tuffet, de Rochefort, et Follet; Thèses de Paris, 1815, n° 239, p. 19. — (7e et 8e) Caldani; Meckel; *Journal complémentaire*, t. IV, p. 91. — (9e) Antoine Dubois; Breschet; *Dict. de Médec.*, 1823, t. VI, p. 36. — (10e) Richond des Brus; corne développée sur le gland; *Archives de Médecine*, t. XV, p. 218. — (11e) Lozes; Académie de Médecine, séance du 2 mars 1830, et *Archives*, t. XXII, p. 416. — (12e) Jules Cloquet; *Archives*, t. XXIII, p. 460. — (13e et 14e) Fagel; *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1835. — (15e) Cruveilhier; *Anatomie pathologique*, in-f°, 24e livraison, p. 6. — (16e) Landouzy; *Bulletin de la Société anatomique*, 1835, p. 114. — (17e) Mercier; *ibidem*, p. 131. — (18e) Portal, 1842; Filiatr. Sebez; *Gaz. méd.*, t. X, p. 155. — (19e) Er. Wilson; *London med. Gaz.*, 1844, et *Annales des maladies de la peau*, t. I, p. 383. — (20e) Charière de Barnstaple (Er. Wilson; *Diseases of the skin*,

(1) *Des cornes*. (Thèses de Paris, 1820, n° 253, p. 26.)

p. 625). — (21°) Dalby, *Lancet*, vol. II, 1850, p. 342, et Wilson, *Diseases of the skin*, p. 627. — (22°) Rayer; Soc. de Biologie, 1850; *Gaz. méd.*, t. XVII, p. 251. — (23°) Lebert; Mémoires de la Société de Biologie, 1850, t. II, p. 128. — (24°) Souberbielle; Jackson; *American journ. of med. Sc.*, 1851; January, p. 50. — (25°) Bauchet; *Bull. de la Société anatomique*, 1852, p. 110. — (26°) Denucé; *ibidem*.

3° Sur les 86 observations dont on peut aisément suivre la trace, le sexe n'est connu que pour 81; elles ont été recueillies chez 34 hommes et 47 femmes. M. Wilson, qui a fait un relevé de 83 observations, peut-être différentes, dit qu'il est fourni par 39 hommes et 44 femmes. Décidément, le sexe féminin l'emporte.

4° L'âge n'a été précisé que 54 fois; 3 fois les cornes ont été congénitales (1); elles se sont formées 3 fois chez des sujets âgés de moins de dix ans, 3 fois chez des individus de vingt à quarante ans, 16 fois de quarante à soixante ans, et 29 fois de soixante à soixante-dix. La personne qui fournit à Gastellier son observation avait quatre-vingt-dix-sept ans.

5° Le siége occupé par les cornes n'a été bien spécifié que 81 fois. Il se divise ainsi : 59 fois à la tête, 11 fois au tronc, 20 fois aux membres. Il se subdivise de la manière suivante : crâne, sans détermination précise, 8; front, 20; occiput, 3; vertex, 5; région pariétale, 2; région temporale, 2; nez, 6; joue, 2; mâchoire, 2; — dos, 4; lombes, 1; région sterno-claviculaire, 3; mamelon, 1; gland, 3; — cuisse, 13; cuisse et jambe, 1; genou, 1; jarret, 1; jambe, 1, talon, 1; pied, 1; bras, 1.

6° Il est remarquable que sur 13 cas de cornes insérées au front avec indication du sexe, 11 appartiennent à des femmes et 7 à des hommes; que sur 6 cas de cornes fixées sur le nez, 5 se trouvaient chez des femmes, 1 sur un homme; que les 13 cas de cornes implantées aux cuisses ont tous été re-

(1) Ces trois faits sont fournis par Amatus Lusitanus (cent. 1, cur. 1); — Zacutus Lusitanus (*Praxis*, lib. III, Obs. 83); — Lanzoni (*Ephem. nat. cur.*, 1673). Ils appartiennent à une époque où les Observations laissaient en général à désirer plus de détails et plus d'exactitude.

cueillis sur des femmes, et que sur les 12 cas de cornes nées sur le tronc, une seule appartenait au sexe féminin, tandis que 11 se trouvaient sur des hommes.

Ce n'est certainement pas le hasard qui a décidé ces différences; elles sont trop tranchées pour ne pas tenir à quelque loi de l'organisme digne des recherches des biologistes. M. Cruveilhier a attribué la fréquence des cornes aux cuisses chez les femmes à l'usage des chaufferettes ([1]). Cette cause ne peut être réelle que pour un très-petit nombre de cas.

7° Les cornes sont nées sous des influences diverses, une contusion, une plaie, une brûlure, une irritation locale quelconque; plusieurs fois un développement de follicules avait pris les caractères d'une tumeur enkystée ([2]). Le plus souvent leur naissance a paru spontanée.

8° Quelle que soit leur cause, il y a eu sécrétion anormale en vertu d'un mode particulier d'irritation de quelques follicules sébacés, comme dans le genre d'ichthyose précédemment décrit.

Il est à présumer que plusieurs follicules voisins, atteints du même mode morbide, versent simultanément leurs produits, qui se mêlent sans se confondre absolument; de là l'apparence striée ou même fibreuse de ces sortes de concrétions, de là aussi les apparences vasculaires de leur base, dans l'épaisseur de laquelle pénètrent et se prolongent les cloisons inter-folliculaires; de là enfin les adhérences intimes, et parfois la sensibilité du point d'attache des cornes humaines.

Celles qui ne naissent que d'un seul follicule sont loin d'offrir le même genre d'union. J'ai eu l'occasion de m'en assurer.

Marie B..., âgée de soixante-dix ans, était entrée à l'hôpital Saint-André pour une maladie légère. Je m'aperçus qu'elle portait au cou, un peu au-dessus de la clavicule droite, un corps dur, noirâtre, de 3 à 4 centimètres de long, conoïde, allongé, recourbé, et jouissant d'une certaine mobilité : c'était une véritable corne. En la faisant mouvoir en

([1]) *Anatomie pathologique*, 24e livraison, p. 6.

([2]) Home, p. 19. — Caldani. — Cuvry. — Westrumb; *Bullet. des Sciences méd.* de Férussac, t. XVI, p. 196. — Gastellier a vu des loupes au voisinage de la corne qu'il a décrite.

divers sens, je distinguai une sorte de rebord qui en étreignait la base. Alors je refoulai ce collet, et je vis le corps étranger assez profondément engagé. Continuant à détacher les bords de ce large orifice, il devint plus facile d'ébranler et enfin de décoller complétement cette corne, qui laissa vide la cavité très-amplifiée d'un follicule. Les parois de celui-ci étaient pâles, sèches, mais tapissées par une matière grasse et poisseuse. Au bout de peu de jours, cette cavité s'était resserrée. La corne avait mis trois ans à se développer, du moins la malade ne s'en était aperçue que depuis ce temps. Probablement son origine était beaucoup plus ancienne. Il y avait sur la face de cette vieille femme des plaques circonscrites et épaisses d'acné sébacée squameuse. Ainsi, d'autres follicules avaient subi une altération du même genre.

9° Lorsque les follicules, au lieu de n'offrir qu'une simple altération de sécrétion, sont irrités et enflammés, ils fournissent une exsudation séro-purulente qui humecte la base des cornes naissantes ou déjà développées. Souvent leur tissu se désorganise.

10° Les cornes mettent à s'accroître beaucoup de temps, toujours plusieurs années. En s'allongeant, elles gardent rarement la ligne droite; elles se contournent en spirale; elles se recourbent en un sens ou en plusieurs, comme celles du bélier *(ichthyosis aretina)*. Elles restent simples ou se divisent en deux ou trois parties ou se partagent en différentes lames. Elles peuvent acquérir jusqu'à 25 centimètres de longueur et 30 à 40 centimètres de circonférence à leur base.

11° Généralement il ne se forme qu'une corne sur un sujet; mais dans plusieurs cas on en a vu deux, trois, quatre. On en a compté jusqu'à huit.

12° Une corne amputée près de sa base repullule. Il est même arrivé que des cornes détachées en entier se sont reproduites.

13° L'examen chimique de ces productions a présenté une grande quantité de matière animale, qu'on a considérée comme de l'albumine, de plus du mucus, du phosphate de chaux [1], du muriate de soude, du lactate de soude [2].

(1) Piccinelli. (Cavry, p. 76.)

(2) Wilson, p. 622.

11° Le traitement des cornes consiste, si elles sont peu volumineuses et peu adhérentes, à les détacher après en avoir ramolli la base par le moyen des bains et des lotions légèrement alcalines.

Si elles sont plus solidement fixées, si la base est le siége d'une inflammation ou d'un suintement, l'extirpation est nécessaire.

On a vu la chute ou l'extraction irrégulière et imparfaite des cornes donner lieu à des inflammations vives, à des ulcérations de mauvais caractère [1], à des tumeurs épithéliales envahissantes et dont l'issue était funeste [2].

4e SECTION. — MALADIES DES ORGANES SUDORIPARES.

Cet appareil, presque imperceptible, répandu sur toute la périphérie du corps, se compose de petites glandes ou follicules glomérulés, placés sous le derme, et de conduits très-déliés, spiroïdes, qui s'ouvrent à la surface de l'épiderme.

Les *lésions organiques* de ces parties sont encore très-peu connues. On ne saurait cependant douter de leur participation au développement de quelques-unes des maladies de la peau. Jusqu'à ce moment, les seuls faits pathologiques offrant un caractère précis, sont dus à M. Verneuil. Il s'agissait, en premier lieu, de tumeurs développées sur le sterno-mastoïdien, présentant, très-amplifiée, la structure des glandes sudoripares, avec leurs tubes enroulés ; elles contenaient un fluide séreux légèrement sanguinolent [3]. Un autre exemple a été soumis à la Société anatomique, en février 1857; c'était une tumeur molle, rosée, granuleuse, située sur le sternum, entre deux lames du derme, et ayant probablement pris naissance sous cette membrane [4].

Les *altérations de sécrétion*, c'est-à-dire les changements pro-

[1] D'Estanoue. — Borel; *Hist. et Obs. méd.-phys.* Paris, 1657, cent. IV, obs. 14.
[2] Denucé; *Bullet. de la Soc. anat.*, 1852, p. 110.
[3] *Gaz. méd.*, 1853, p. 839.
[4] *Bullet. de la Soc. anat.*, 1857, p. 27.

duits dans la quantité ou les qualités du fluide perspiré, sont plus faciles à apprécier. Le défaut de perspiration n'est pas, à proprement parler, un état morbide. La constante sécheresse de la peau s'observe chez quelques individus qui salissent à peine le linge en contact avec leurs téguments. Cette *anidrose* peut être une cause de maladies et réclame l'emploi des bains, surtout des bains de vapeurs; mais l'emploi de ces moyens est entièrement subordonné à la nature des états pathologiques contre lesquels ils sont dirigés. L'augmentation de la perspiration cutanée offre plus d'intérêt; elle porte la dénomination générale d'*éphidrose*. La sueur peut offrir aussi des modifications dans son odeur, sa couleur, etc.

I. — PHIDROSE.

L'éphidrose ou *idrosis* a été connue des anciens. Hippocrate a voulu désigner par εφιδρωντες, de petites sueurs; il les a considérées au point de vue du diagnostic et du prognostic des maladies aiguës [1]. Foës, s'étayant de l'opinion de Galien, attribue aussi au mot *éphidrosis* l'idée d'une sueur morbide bornée à quelques parties, à la tête, au cou, à la poitrine [2].

Sauvages s'est servi de cette dénomination pour désigner toute sueur qui, par sa quantité, ses qualités, son intempestive production, porte un caractère morbide. La première espèce, qu'il nomme *spontanée*, et qui a lieu sans fièvre, est idiopathique et fort rare. Il dit n'en avoir vu que trois ou quatre exemples [3]. J. P. Frank, consacrant un chapitre à l'éphidrose, a jeté un coup d'œil sur ses variétés, mais sans citer d'observations particulières [4].

D'abondantes sueurs se lient à diverses maladies aiguës ou chroniques. La plupart des fièvres intermittentes, surtout les fièvres pernicieuses diaphorétiques, la miliaire, plusieurs autres

(1) *Prorrhétiques*, trad. de Littré, t. V, p. 526, 528, etc.
(2) *Œconomia Hippocratis*, p. 256.
(3) *Nosologia meth.*, t. II, clas. IX, *Fluxus; serifluxus*, cap. XX, p. 369.
(4) *Epitome de cur. Hom. morb.*, l. V. *Profluvia serosa*, p. 95.

exanthèmes aigus, s'accompagnent de sueurs très-copieuses. Parmi les maladies chroniques, c'est la phthisie pulmonaire qui présente très-communément un symptôme analogue.

Les faits d'éphidrose chronique essentielle sont au contraire fort rares. La science n'en a enregistré qu'un petit nombre. Tulpius mentionne une fille qui eut pendant sept ans des sueurs excessives; il attribue cette persévérance à ce que la mère avait eu pendant sa grossesse un état pareil (1). Zacutus Lusitanus parle d'un homme qui suait depuis dix ans tous les printemps, et qui, ayant voulu prendre un bain froid, mourut trois heures après (2). Berdot a vu chez un octogénaire, d'ailleurs robuste, revenir tous les mois, depuis trente ans, une sueur copieuse qui paraissait salutaire (3). Willis a donné une histoire plus précise : c'est celle d'une femme de qualité qui, chaque nuit, inondait sa couche. Ce flux résista aux divers moyens qui furent employés (4). Dupont (des Landes) a rapporté l'observation d'une femme de trente ans, qui, à la suite de ses couches, reçut l'impression du froid, fut pendant cinq ans sujette à une éphidrose, qui néanmoins ne l'empêcha pas de devenir mère de nouveau, et même d'allaiter (5). M. Imbert-Gourbeyre a donné une autre observation également propre à fixer l'attention des praticiens. Il s'agit d'une demoiselle de cinquante-trois ans, qui, pendant plus d'un an, avait gardé des sueurs excessives, surtout le matin, conservant une moiteur très-sensible pendant le reste de la journée (6).

Ces faits ont offert ceci de notable, que l'éphidrose est plus fréquente chez les personnes du sexe, plus considérable pendant l'hiver que dans l'été, et qu'elle n'a pas paru exercer sur l'organisme l'influence débilitante et consomptive qu'elle semblait devoir entraîner. Je puis, à cette occasion, citer

(1) *Obs. med.*, lib. III, cap. XIII.
(2) *Pract. adm.*, t. III, Obs. 7.
(3) *Acta Helvetica*, t. V, p. 193.
(4) *De diaphoresi nimia aut depravata*, sect. V, cap. III, t. II. p. 199.
(5) *Journal général* de Sédillot, 1807, t. XXX, p. 33.
(6) *Gaz. méd.*, 1855, p. 322.

l'exemple d'une demoiselle que j'ai eu pendant dix ans sous les yeux; elle était atteinte de toux, d'hémoptysie, de fièvre presque continue, s'exaspérant tous les jours vers midi, et s'accompagnant jusqu'au milieu de la nuit d'une sueur extraordinaire. La percussion thoracique ne donnait aucune matité anormale; les phénomènes de l'auscultation étaient réduits à quelques râles muqueux, et parfois à une respiration sibilante. Je supposai la présence dans les poumons de granulations, petites, disséminées, et maintenues à l'état de crudité. Il est positif que pendant fort longtemps il n'y eut aucune aggravation. Malgré la persistance et l'abondance des sueurs, tous les matins cette malade pouvait se lever et marcher, et elle n'avait point maigri. Depuis plus de quinze ans elle a quitté Bordeaux, et j'apprends de temps à autre que le même état continue sans offrir d'aggravation. Inutile de dire que, pendant la longue période durant laquelle j'ai dirigé le traitement, de très-nombreux moyens ont été employés : les préparations de quinquina sous toutes les formes et à des doses diverses, les sédatifs du système nerveux, les cyanures, la belladone, l'aconit napel, la valériane, le zinc; de plus, les astringents, l'acétate de plomb, le tannin, etc. Aucun médicament n'a eù d'effets heureux; les révulsifs n'ont pas mieux réussi, les émissions sanguines pouvaient seules diminuer l'intensité des symptômes; l'approche des règles signalait leur recrudescence; mais le flux menstruel demeurait toujours insuffisant, et il fallait y suppléer ordinairement par la phlébotomie, qui soulageait plus efficacement que l'application des sangsues. La sueur n'était évidemment ici qu'un symptôme; mais elle n'avait pas l'effet désastreux que le vulgaire est porté à lui attribuer, effet qu'il est plus rationnel de rapporter à la cause même de la sueur.

Dans les observations de Dupont (des Landes) et de M. Imbert-Gourbeyre, l'aconit a rapidement suspendu les sueurs. C'est un résultat pratique fort remarquable. Dupont a porté l'extrait de l'aconit napel jusqu'à 16 grains (ce n'était pas l'extrait alcoolique). M. Imbert-Gourbeyre a donné le sirop d'aconit (de

Gautier-Lacroze) à la dose de deux cuillerées le soir et de trois le matin.

On sait que l'agaric a été employé avec des succès peu constants contre les sueurs des phthisiques. Les diurétiques, les purgatifs, sembleraient assez bien indiqués; mais ils échouent. Les sudorifiques eux-mêmes ont été dirigés contre l'excès des sueurs, avec les déceptions familières à l'hypothèse qui en avait suggéré la pensée. Les bains de mer, l'hydrothérapie, en donnant à la peau plus de fermeté, en diminuant sa susceptibilité, pourraient, lorsque l'éphidrose est tout à fait essentielle, amener de plus heureuses conséquences.

Il ne faut pas oublier que les sueurs abondantes devenues habituelles ne sauraient être supprimées sans imprudence. De funestes effets ont été les résultats d'une brusque cessation de ce flux [1].

L'éphidrose n'a été quelquefois que partielle. On appelle *hémidrose* celle qui se borne à un côté du corps. Hartmann en a fait le sujet d'une étude personnelle [2]. D'autres exemples ont été fournis par Francus [3], par Schmid [4], par Ledelius [5], par Marcellus Donatus [6], par Mangold [7], par Courmette [8], par Boquis [9], par Febvre [10], etc. Ces sueurs unilatérales ont été quelquefois liées à des lésions nerveuses, à l'hemplégie, comme Mangold l'a observé sur lui-même [11], aux suites d'une commotion cérébrale, ainsi que Roques l'a vu [12]. D'autres fois elles se sont produites par le fait seul

(1) Lasteyras; *Essai sur certaines éphidroses.* (Thèses de Paris, 1813, nº 129.)

(2) *Diss. de sudore unius lateris.* Halæ, 1751. Il suait à droite.

(3) *Ephem. nat. cur.*, dec. I, ann. IV-V, Obs. 100.

(4) *Ibid.*, dec. II, ann. II, Obs. 126.

(5) *Ibid.*, dec. III, ann. II, Obs. 52.

(6) Lib. I, cap. II, p. 21.

(7) *Opuscul. physic.-med.*, édit. Baldinger, 1769, p. 293. Hémidrose observée sur lui-même, coïncidant avec un commencement d'hémiplégie.

(8) *Ancien Journal de Médecine*, t. LXXXV, p. 43.

(9) *Ibid.*, t. LXXIII, p. 49. Sueur bornée au côté gauche de la tête.

(10) *Ibid.*, t. LXVIII, p. 446. Sueur du côté droit de la tête.

(11) Meblis; *De morbis hominis dextri et sinistri.* (Jos. Frank; *Delectus opusculorum*, t. I, p. 96.)

(12) *Observateur des Sciences médicales de Marseille*, t. V, p. 238.

du décubitus latéral, comme Marcy en a donné un exemple (1).

Les observations de sueurs partielles abondantes se rencontrent dans les divers recueils. Isaac Bracken a vu, chez une fille de dix-sept ans, un écoulement séreux par le cuir chevelu, assez copieux pour remplir un bassin. Le liquide coulait le long d'une trentaine de mèches de cheveux; il avait un goût salé; il ne contenait point d'albumine. Le sulfate de quinine guérit rapidement cette maladie (2).

La sueur des pieds, celle des mains, est très-abondante chez quelques individus et devient fort incommode. J'ai vu un jeune homme extrêmement préoccupé de celle de ses mains; il demandait sans cesse des remèdes pour s'en débarrasser. Plus tard, ce malheureux monomane assassina une personne de sa famille. Il passa en jugement. Je contribuai à le faire acquitter. Deux ans après, il se suicida.

Olaus Borrichius a vu une sueur notable des mains liée à une aménorrhée (3).

Hentzschel a disserté sur la sueur des pieds, sur sa quantité, son odeur, sa consistance, et sur les effets nuisibles de sa suppression (4). Beaucoup d'exemples prouvent, en effet, la nécessité de la respecter. Lobstein a présenté sur ce sujet des observations importantes (5). D'après le Dr Remmert, il est rare que cette sueur locale soit très-abondante avant l'âge de la puberté (6).

II. — OSMIDROSE.

L'odeur de la sueur peut offrir des anomalies singulières; les variétés de l'*osmidrose* doivent dépendre soit de la composition du fluide perspiré lui-même, soit de la nature des substances étrangères qui viennent s'y mêler. Ainsi, le musc, le

(1) *American Journal*, 1830. (*Gaz. méd.*, t. VII, p. 504.)
(2) *Dublin Journal*, n° 27. (*Archives*, 2e série, t. XI, p. 490)
(3) *Actes de Copenhague*, 1677. (*Collect. acad.*, part. étrang., t. VII, p. 371.)
(4) *De sudore pedum*. Lipsiæ, 1825.
(5) *Journal de Corvisart, Leroux et Boyer*, t. XXXIV, p. 162.
(6) *Archives*, 4e série, t. XIV, p. 494.

soufre, l'assa-fœtida, l'urine, peuvent communiquer leur odeur à la sueur. Mais plusieurs maladies modifient notablement les émanations odorantes de la peau.

La sueur générale peut en outre devenir infecte, malgré les apparences de la meilleure santé. Un valet de chambre vint consulter M. Er. Wilson, à cause de l'odeur que sa peau répandait, et qui était telle, que les appartements où il s'était tenu quelques instants en étaient infectés, et que ce malheureux ne pouvait conserver aucune place ([1]). Un jeune homme, à la suite d'excès et d'affections morales, répandit par toute la surface de son corps une odeur fétide, nauséeuse, *sui generis*. A cet état succéda une fièvre, une éruption prurigineuse et une phthiriase. Il guérit après l'usage de divers remèdes (martiaux, ammoniacaux) et des bains de mer ([2]).

Les pieds sont souvent le siége d'une transpiration qui est à la fois abondante et d'une extrême fétidité. Cette odeur peut s'élever d'une toute autre partie. Une dame jeune et belle alla demander au Dr Grassi, de Bordeaux, qui m'en parla, le moyen de se défaire d'une odeur extrêmement repoussante, qui se répandait de l'une des aissèles et du voisinage de la mamelle. L'examen de ces parties ne fit découvrir aucune sorte d'altération physique.

Comment remédier à ces incommodités si fatigantes et pour les personnes qui en sont affectées et pour celles qui les approchent? On prescrit d'abord tous les soins d'une extrême propreté; puis on peut recourir aux solutions chlorurées, à des sachets de charbon réduit en poudre fine, comme palliatifs. Dans une circonstance, M. Wilson a employé localement le tannin, et dans une autre le chlorure de chaux ([3]).

En certains cas rares, la peau a exhalé une odeur aromatique, agréable. M. Speranza rapporte l'exemple d'un jeune homme dont l'avant-bras répandait une odeur analogue à celle du baume de Pérou chauffé. Les tentatives faites pour dissiper

([1]) *Diseases of the skin*, p. 582.
([2]) Gambarini; *Annali universali di Medicina*. (*Gaz. hebdom.*, t. 1, p. 1088.)
([3]) *Diseases of the skin*, p. 584.

cette émanation ne réussirent pas, mais elle cessa brusquement par l'apparition de quelques accès fébriles ([1]).

III. — CHROMIDROSE.

La sueur a présenté des couleurs variées. Elle s'est montrée *verte* chez un sujet observé par Borellus ([2]) et chez une jeune fille très-amaigrie et souffrante de rhumatisme. C'est aux pieds que cette *chromidrose* se manifesta. Une coloration semblable, observée par Henri Helfort ([3]) et par Prichard ([4]), fut attribuée à la présence du cuivre qu'on trouva, avec un peu de silice, dans le fluide perspiré. Ce cuivre fut censé provenir du vase où se cuisait le lait pris par le malade. Julia Fontenelle, sans résoudre le problème qu'offre ce fait, a émis des doutes sur cette voie d'introduction du cuivre et sur son innocuité dans l'économie ([5]).

On a vu des sueurs *bleues*. Wincler ([6]), Dolaeus ([7]), en ont cité des exemples. Dans des temps plus modernes, des faits précieux ont été recueillis. Billard a rapporté l'observation d'une jeune fille de seize ans, dont le visage se couvrait d'une teinte bleue, due à la transpiration de cette partie. Il existait des symptômes d'irritation pulmonaire. Sous l'influence du bi-carbonate de soude, donné à la dose de 30 à 90 centigrammes dans de l'infusion de feuilles d'oranger, cette coloration disparut graduellement. L'analyse chimique ne réussit point à dévoiler la cause de ce phénomène ([8]). Cette maladie était bien une éphidrose. A l'air, par le seul fait de l'évaporation de la sueur, la coloration disparaissait. Les linges étaient tachés, non comme s'ils l'eussent été par un corps gras, mais par un

([1]) *Annali universali, etc.* (*Archives*, t. XXX, p. 399.)
([2]) Cent. II, lib. IV, Obs. 66.
([3]) *Gaz. méd.*, t. I, p. 8.
([4]) Speranza; *Annali univers.* (*Journ. des Connaiss. méd.-chirurg.*, t. I, p. 252.)
([5]) *Journal de Chimie méd.*, t. I; — et *Revue méd.*, 1836, t. I, p. 438.
([6]) *Ephem. nat. cur.*, dec. I, ann. VI-VII, Obs. 67.
([7]) *Ibid.*, dec. X, ann. VI-VII, Obs. 66.
([8]) *Archives*, 1831, t. XXVI, p. 453.

liquide aqueux. La peau essuyée ne conservait aucune trace de matière colorante. Quand la transpiration générale était plus abondante, la coloration bleue augmentait. Enfin, cette sueur n'était pas bornée à une partie du visage; elle s'était étendue à toute la face, au cou, à la poitrine, à l'abdomen.

J'ai parlé de la mélastéarrhée avec laquelle cette *chromidrose* peut avoir certains rapports, comme dans le cas rapporté par M. Bousquet. Mais j'ai donné les preuves de la différence qui existe entre ces deux genres de coloration, qu'il importe de ne pas confondre. Les remarques qui précèdent confirment pleinement la distinction établie.

M. Bleifuss ayant observé sur lui-même et chez un de ses confrères une sueur partielle, colorée en bleu, crut devoir la rapporter à un trouble des voies digestives, et plus spécialement des fonctions du foie (1). M. Heyfelder a appuyé cette opinion de deux nouveaux exemples. Il a vu les lavements, les eaux minérales gazeuses, obtenir la guérison des malades (2).

IV. — ALTÉRATIONS DE LA SUEUR PAR DIVERS CORPS ÉTRANGERS.

La sueur a pris successivement une teinte rouge, analogue à celle du vermillon (3); dans un autre cas, une couleur noire, puis jaune, par suite de l'usage de l'or fulminant ou diaphorétique (4); elle a été jaunie par l'emploi de la rhubarbe (5).

La sueur des pieds s'est montrée *acide* à Landerer, par la présence de l'acide butyrique. Cet état morbide fut combattu par des pédiluves d'eau de chaux et de lessive de cendres, et par l'usage intérieur du bi-carbonate de soude (6).

La perspiration cutanée était abondante et *alcaline* chez un individu très-maigre observé par le Dr Philip. Cette altération

(1) *Medicinisches Correspond.* (*Gaz. méd.*, 1835, t. III, p. 313.)
(2) *Ibid.*, p. 521.
(3) Sous l'aissèle. J.-Maur. Hoffmann; *Ephem. nat. cur.*, dec. II, ann. III, Obs. 27.
(4) Langelot; *Ephem. nat. cur.*, dec. I, ann. VI-VII, Obs. 10.
(5) Mentzel; *Ephem. nat. cur.*, dec. I, ann. VI-VII, Obs. 78.
(6) Schmidt's Jahrb (*Archives*, 3e série, t. V, p. 232.)

dura dix-neuf semaines et diminua ensuite [1]. D'après M. Wilson, toute sueur ayant une odeur putride, dénote la présence de l'ammoniaque [2].

On a parlé de sueurs *sablonneuses*, de sueurs *calcaires*, observées chez des goutteux. Johnstone a trouvé sur la peau une couche saline très-distincte, constituée par du *muriate d'ammoniaque*, chez un individu qui mourut de rétention d'urine [3].

M. Mariano Semola a rencontré du *sucre* dans la sueur d'un jeune homme de vingt ans, lymphatique et nerveux, qui maigrissait, avait soif et éprouvait une douleur à l'occiput. Les urines conservaient leur état normal. Cette *éphidrose sucrée* céda à l'emploi du sulfate de quinine [4].

La présence du *sang* dans la sueur a été constatée un assez grand nombre de fois. Westphal a réuni dans une dissertation [5] la plupart des faits connus avant lui. Gallandat en a rapporté un autre, observé chez un batelier âgé de trente ans, de constitution faible [6]. M. Chauffart a vu, chez une jeune fille de vingt-un ans, hystérique, le sang s'écouler avec la sueur par la face et l'épigastre pendant les accès ; cette *hematidrosis* ou *hématopédèse*, dura trois mois et céda aux émissions sanguines [7]. M. Gendrin a publié sur les *sueurs de sang* un travail intéressant [8], où il a rapporté plusieurs observations, recueillies chez des sujets de vingt, vingt-huit, quarante-cinq et quarante-six ans. La maladie a duré vingt mois chez l'un d'eux, plusieurs années chez un autre. La sueur était sanguinolente sur les surfaces où la peau est fine et perspirable, surtout à la face et au tronc. Diverses causes avaient agi ; l'excès de la chaleur, un exercice forcé, de vives com-

(1) Casper's Wochenschr. (*Med. Times*, t. X, p. 444.)

(2) *Diseases of the skin*, p. 583.

(3) *Medical Commentaries*, t. V, p. 437.

(4) Note à l'Académie des Sciences. (*Moniteur des Hôpitaux*, t. III, p. 940.)

(5) *De sudore sanguineo*. Gryphisw. 1775. (Baldinger ; *Sylloge*, t. II, p. 19.)

(6) *Soc. scient. Harlemensis* (*Comment. Lips.*, t. XX, p. 215.)

(7) *Transactions médicales*, t. I, p. 134.

(8) *Gaz. des Hôpit.*, 1856, p. 269 et 281.

motions morales, des excès vénériens, la suppression des règles, un état de pléthore, une congestion sanguine dirigée vers la périphérie, ont provoqué cette perspiration hémorrhagique, laquelle s'est répétée par accès, a paru quelquefois critique et salutaire, et a été combattue avec assez de succès par la diminution de la polyémie, qui en avait été le premier moteur.

5e SECTION. — MALADIES DU PIGMENT CUTANÉ.

La matière colorante interposée entre le derme et l'épiderme présente des différences selon les individus, selon les climats et les races. Elle peut être en défaut ou en excès, ou offrir des teintes étrangères à l'ordre physiologique; de là différentes anomalies.

§ I. — Achromatoses.

Le défaut de pigment produit une blancheur excessive de la peau. Cette *achromie* ou *achromatose* peut être congénitale ou accidentelle.

I. — ALBINISME CONGÉNITAL.

L'*albinisme congénital* est général ou partiel. Le premier est constitué par un arrêt de développement de tout le pigment cutané, de celui de l'iris et de la choroïde. Les individus qui en sont atteints, et qu'on nomme *albinos* ou *nègres blancs* (1), ont la peau d'un blanc laiteux, les cheveux d'un blond pâle ou comme argenté, le corps couvert d'une sorte de duvet blanc, l'iris et la choroïde rouges ou roses, quelquefois bleus (2); ils ont les pupilles resserrées et les yeux

(1) Lecat; *Traité de la couleur de la peau humaine*, Amsterdam, 1765. — Buffon; *Hist. nat.*, supplém., t. IV, p. 555. — Geoffroy Saint-Hilaire; *Tératologie*, t. I, p. 298. — Etc.

(2) Dans l'Inde. (Brett; *On the Surgical diseases of India*, 1840.) — Wilson, p. 566. — Dans l'observation d'albinos recueillie à Paris par M. Rayer, chez une petite fille de trois ans, les pupilles étaient rouges, mais les iris bleues. (*Maladies de la peau*, t. II, p. 568.)

très-sensibles à la lumière; l'exercice de la vue est pour eux moins fatigant la nuit que le jour. Ils sont en général faibles. Blumenback a voulu expliquer les anomalies qu'ils présentent par un état de cachexie ([1]). Il a attribué à cet état de débilité la difficulté qu'ils ont de voir les objets en plein jour ([2]). Cette difficulté n'est pas la conséquence d'une faiblesse, mais le résultat d'une sensibilité exagérée.

L'albinisme général congénital est surtout remarquable dans la race nègre, où il produit les contrastes les plus frappants. Le Dr Marcy a vu au cap May, dans une famille composée du père et de la mère noirs, six enfants ainsi distribués : les deux aînés noirs, le troisième blanc, le quatrième blanc, le cinquième noir, et le sixième encore blanc ([3]).

Les nègres blancs ont d'ailleurs les traits et les allures de leur race. Leur peau est très-fine, leurs cheveux sont frisés et lanugineux.

M. Guyon observa en 1836, à Alger, trois israélites albinos : c'étaient deux filles, l'une de six ans et l'autre de quinze, et une femme de vingt-sept ([4]).

Saussure et Blumenback virent deux albinos dans la vallée de Chamouni, au pied du Mont-Blanc ([5]).

J'ai vu un Norwégien qui offrait la même altération.

L'*albinisme congénital partiel* s'observe dans la race nègre ([6]) et dans la race blanche. M. Rennes, visitant un conscrit qui était faible et lymphatique, s'aperçut que les iris étaient bleues, les cheveux et les poils blancs et soyeux; il remarqua sur tout le corps de grandes taches d'un blanc mat, qui faisaient de cet individu un *semi-albinos* ([7]).

J'ai vu un jeune homme de dix-sept ans, de Sainte-Livrade (Lot-et-Garonne), qui portait depuis sa naissance, sur le cou,

([1]) *De generis humani varietate nativa*. Gœtting., 1795, p. 274.
([2]) *Biblioth. germaniq.*, t. III, p. 299.
([3]) *American Journal*, 1839, — et *Gaz. méd.*, t. VII, p. 745.
([4]) *Gaz. méd.*, t. VII, p. 750.
([5]) *Biblioth. germaniq.*, t. III, p. 297.
([6]) Bayer; *Maladies de la peau*, t. II, p. 569.
([7]) *Archives*, t. XXVI, p. 371.

plusieurs grandes taches blanches irrégulières, les unes arrondies, les autres étroites; elles n'étaient accompagnées d'aucune sensation particulière.

II. — ALBINISME ACCIDENTEL.

Cette achromatose peut être générale ou partielle. La première n'a été observée que dans la race nègre.

a. — Albinisme accidentel général. — Il existe plusieurs exemples très-circonstanciés de nègres devenus blancs. Ils ont été rapportés par Benjamin Rush (1), par Dancer (2), par Bissel de Clinton (3), par Brown (4), par Savage (5), par Hood, de Whitteville (6), par M. Er. Wilson (7).

Les sujets appartenaient au sexe masculin, excepté la personne observée par M. Hood. C'était une femme de trente-quatre ans, dont la peau avait changé à l'âge de onze ans. Chez les hommes, le changement s'était opéré à trente, cinquante et soixante ans. Il avait été précédé chez quelques-uns de fièvre ou de rhumatisme, ou de douleurs d'entrailles. La décoloration avait commencé par les doigts (Rush), par les mains et les pieds (Brown), par la face (Dancer, Hood) ou par l'épigastre (Bissel). Elle s'était étendue à tout le corps (Rush); plus souvent elle avait laissé des lacunes disséminées (Dancer, Bissel, Brown). La laine de la tête s'était quelquefois changée en cheveux (Rush). La peau n'a pas toujours pris une couleur parfaitement blanche; elle semblait comme brunie par le soleil (Brown) ou couleur feuille morte (Wilson). L'iris et la choroïde ne paraissaient pas avoir subi une décoloration analogue à celle de la peau, et ces nègres devenus

(1) *American philos. Transact.*, t. IV, p. 295.
(2) *Med. and Physical Journal*, t. VIII, p. 97.
(3) *Nouveau Journal*, 1818, t. III, p. 360.
(4) *Transact. of the medico-chir. Society of Edinburgh*, 1824, t. I, p. 669.
(5) *American Journal*, 1846, july, p. 8.
(6) *Southern Med. and Surg. Journ.*, august. 1853. (*Americ. Journ*, 1854, january, p. 281.)
(7) *Diseases of the skin*, p. 567.

blancs n'étaient pas, comme les albinos de naissance, sensibles à la lumière.

Des circonstances assez curieuses ont accompagné l'achromie du sujet observé par le Dr Savage, à Cavala, non loin du cap des Palmes, dans la Guinée Septentrionale. Ce nègre, issu d'un père noir et d'une mère jaune, âgé de vingt-quatre ans, travaillait la terre, lorsqu'il reçut une forte pluie, puis les rayons d'un soleil brûlant. Il eut un accès de fièvre, avec symptômes nerveux, une angine, etc. Il lui survint une excessive chaleur, un picotement très-pénible de la peau et une éruption générale. Au bout de huit jours, la rémission arriva et la desquamation s'opéra par larges lambeaux d'épiderme; mais au lieu de retrouver au-dessous sa peau noire, il la vit jaune. Un mois après, nouvel accès fébrile et deuxième desquamation. Le corps était alors devenu blanc presque partout, et en même temps très-sensible aux rayons du soleil et à la chaleur du feu. La plante des pieds était très-tendre. La marche et les travaux étaient pénibles. Les ongles avaient suivi l'épiderme. La santé d'ailleurs était excellente. Ce nègre paraissait fort joyeux d'avoir changé de couleur; mais son bonheur ne fut pas de longue durée. Sa chevelure noire tomba et fut remplacée par des cheveux blancs; une éruption analogue au lichen se répandit sur sa peau, qui, trois mois après, reprit par taches successives sa couleur primitive.

b. — Albinisme accidentel partiel. — Cette lésion cutanée, appelée encore *achromie partielle, leucopathie partielle, ephelis alba,* a également reçu le nom de *vitiligo.*

Cette dernière dénomination remonte à Celse, qui en fit un terme générique embrassant trois espèces : l'*alphos,* tache blanche, un peu rude au toucher; le *melas,* tache noire; et le *leuce,* maladie qu'on a confondue avec la lèpre (1). J.-P. Frank (2) et Joseph Frank (3) ont admis un *vitiligo blanc* et

(1) *De re medica,* lib. V, cap. II, sect. XIV, n° 19.
(2) *Epitome,* lib. IV, p. 118.
(3) *Praxeos,* t. II, p. 329.

un *vitiligo noir*, et ont donné pour caractère au premier la dépression des taches. Willan et Bateman ont, au contraire, regardé le vitiligo comme une affection tuberculeuse, formant des tumeurs circonscrites, lisses, blanches, luisantes, s'élevant autour des oreilles, du cou, et quelquefois sur tout le corps, entremêlées de papules brillantes [1]. Mais les faits ont manqué pour tracer l'histoire de ce genre d'affection cutanée [2]. Les auteurs qui ont employé le mot *vitiligo* l'ont appliqué à des états morbides très-divers. Ainsi, Haubold a désigné de la sorte des tumeurs et des altérations de nature scrofuleuse [3]; Kuhlius, un éléphantiasis (arabique) de la face [4]; M. Gregory, des protubérances survenues chez un enfant et pouvant être considérées comme un strophulus de grande dimension [5]; MM. Addison et Gall, des saillies cutanées planes ou élevées et tuberculeuses, de volumes variés [6]. On voit sous combien d'acceptions on s'est servi du même nom. Mais ce n'était pas encore assez. M. Cazenave [7] et M. Devergie [8] ont appelé *vitiligo du cuir chevelu* le porrigo *decalvans*, à cause des taches blanches qu'il laisse sur la peau du crâne; mais l'étiologie de cette affection la sépare complétement du vitiligo, considéré comme une achromie ou une leucopathie, ou un albinisme partiel et accidentel. Ces divers noms sont devenus synonymes dans les écrits d'Alibert (achrome vitiligne) [9], de M. Gibert (vitiligo benin) [10], de Moore

(1) Bateman; *Synopsis*, p. 274.

(2) M. Rayer, dans son Traité si complet des *Maladies de la peau*, n'en décrit aucune sous ce nom. — M. Wilson n'emploie le mot *vitiligo* que comme synonyme de *lupus non exedens* (p. 315), et d'*elephantiasis anæsthetica* (p. 342).

(3) *Vitiliginis leprosæ rarioris Historia*. Lipsiæ, 1821 (avec trois figures).

(4) *De vitiligine ulceroso serpiginosa integumentorum faciei atque colli cum sarcosi palpebrarum inferiorum et tabæ mendibulæ* (avec une figure). Lipsiæ, 1838.

(5) *Notes on a case of vitiligo infantilis. Royal medical and chirurg. Society*, march 1844. (*Medical Times*, t. X, p. 17.)

(6) *Guy's hospital reports*, 2e série, t. VII, 2e fascicule, 1851. (*Archives*, 4e série, t. XXVIII, p. 383.)

(7) *Maladies du cuir chevelu*, p. 279.

(8) *Maladies de la peau*, p. 643.

(9) *Dermatoses*, p. 753.

(10) *Bullet. de l'Acad. de Méd.*, t. XII, p. 1009.

Neligan [1]. Si l'on veut se servir encore du mot *vitiligo,* dont on a fait un abus si étrange, c'est dans ce dernier sens qu'il doit être employé.

L'albinisme partiel accidentel, ou vitiligo, a été observé dans la variété nègre [2] et dans la variété blanche. Gaultier [3], Brée [4], Alibert [5], Sauvé [6], Gerdy jeune [7], Marchand, de Nantes [8], Gibert [9], Cazenave [10], Hervieux [11], en ont rapporté des exemples. J'ai recueilli le suivant :

Obs. — Marie L..., âgée de vingt ans, native de Saint-Paul (Landes), veuve, couturière, d'un tempérament lymphatico-sanguin, ayant la peau un peu brune, les iris grises, les cheveux châtains, d'ailleurs assez bien constituée, fut atteinte, à l'âge de dix ans, d'une maladie du cuir chevelu, avec production d'une très-grande quantité de poux. On lui rasa la tête. Les cheveux qui repoussèrent avaient d'abord une teinte blanche, puis ils reprirent leur première couleur. Toutefois, ceux qui avoisinent le front et la nuque sont restés d'un blanc-grisâtre très-marqué. Ce fut à peu près vers la même époque que Marie L... vit de grandes taches blanches se former sur sa poitrine. Ces taches se sont multipliées; elles se sont étendues vers le cou; elles ont gagné la partie inférieure du sein droit et la moitié interne du gauche. L'auréole est ainsi partagée en deux parties, l'une conservant la teinte brune normale de la peau, l'autre offrant la couleur accidentelle de l'albinisme, qui s'arrête au niveau de l'épigastre. A la partie postérieure du tronc, on la voit reparaître sous la forme de larges taches irrégulières, qui recouvrent toute cette surface; elles cessent de se montrer vers la région lombaire. Partout où elles existent, la peau, très-fine, lisse et d'un blanc de lait légèrement rosé, semble appartenir à un sujet jeune et délicat. On dirait que là se trouve l'état normal et que les autres régions sont couvertes d'un pityriasis versicolore. Cette erreur ne peut être commise, le visage, les membres ayant conservé leur couleur primitive, qui est

(1) *Diseases of the skin*, p. 310.
(2) *Philos. Transact.*, t. LI, p. 175. — Rayer, t. II, p. 570.
(3) *Recherches sur l'organisation de la peau*. Paris, 1809, p. 76.
(4) *Archives*, t. XVI, p. 589.
(5) *Journ. des Connaiss. méd.-chir.*, t. I, p. 354.
(6) *Ibid.*, t. II, p. 45.
(7) *Revue méd.*, 1834, t. IV, p. 339.
(8) *Gaz. méd.*, t. IV, p. 342.
(9) *Bullet. de l'Acad. de Méd.*, t. XII, p. 1009.
(10) *Annales des maladies de la peau*, t. III, p. 37.
(11) *Archives*, 4e série, t. XIII, p. 516.

brune. La sensibilité des téguments est la même sur les surfaces brunes et blanches. L'ammoniaque soulève l'épiderme aussi vite sur les unes que sur les autres. La santé générale de cette femme est bonne. Elle était entrée à l'hôpital pour une colite aiguë qui fut promptement guérie.

Les observations d'albinisme partiel accidentel ont été recueillies plus souvent chez les hommes que chez les femmes. Huit fois sur dix les sujets avaient, quand l'albinisme a commencé, de dix à vingt ans; d'autres, quarante à cinquante ans. Presque tous avaient la peau brune. Parmi les causes de l'affection, on a fait jouer un rôle à l'influence héréditaire ([1]), aux influences morales, aux passions tristes (Alibert, Gerdy, Hervieux).

La coloration a commencé par le crâne (Brée, etc.), par la face (Alibert, Gibert), par les mains (Gerdy). On a vu les cheveux ou la barbe blanchir en même temps que la peau, et quelquefois reprendre leur première couleur (Cazenave).

L'albinisme a été parfois très-circonscrit, se présentant par taches distinctes, comme des gouttes de pluie (Gerdy, Marchand); puis il s'est étendu et a envahi la moitié du corps (Sauvé). Il s'est montré sur la poitrine, l'abdomen, le dos. Souvent il a paru d'autant plus intense sur les parties sexuelles, qu'il tranchait avec leur couleur, généralement brune (Gaultier, Hervieux).

La forme des taches a offert de nombreuses variétés; elles ont été arrondies, oblongues, étroites, à bords irréguliers ou à lobes égaux, comme un trèfle ou comme les ailes d'un papillon (Sauvé).

Les taches ont offert quelques variations dans leur intensité, selon les saisons; le printemps et l'été paraissaient les augmenter. Quelquefois elles ont diminué pour s'étendre ensuite (Gerdy); elles ont même semblé se déplacer (Sauvé).

Les surfaces envahies par la leucopathie n'ont présenté ni prurit, ni chaleur, ni sensibilité anormales, ni cette rudesse

([1]) Devergie; *Gaz. des Hôpit.*, 1848, p. 109.

que Celse prête à l'*alphos*, ni la dépression, ni la proéminence attribuées par divers auteurs au vitiligo. Ces surfaces sont lisses, unies; la peau y est plus belle qu'aux parties restées saines.

Celles-ci peuvent en outre subir une modification qui rend leur aspect plus maladif. C'est lorsque des éphélides compliquent l'albinisme (Gerdy, Cazenave); alors coïncident deux états morbides diamétralement opposés quoique appartenant à la même texture.

L'albinisme est une lésion permanente qui dure des années et le plus souvent persiste jusqu'au terme de la vie.

§ II. — Hyperchromatoses.

Si le pigment augmente de quantité et se modifie dans ses propriétés, il donne lieu à des colorations anormales, *hyperchromatoses* ou *hyperchromies*. On distingue le lentigo, les éphélides, le mélasma et le nœvus pigmentaire.

1. — LENTIGO.

On nomme *lentigo* une légère imperfection de la peau, qui consiste en des taches jaunâtres, petites, arrondies, de forme lenticulaire, se manifestant sur la face, le cou, les mains; on les observe quelquefois aussi sur les parties qui ne sont pas exposées à l'air ou à la lumière.

Les personnes dont la peau est délicate et blanche, celles surtout qui ont les cheveux rougeâtres ou d'un blond plus ou moins ardent, y sont plus exposées.

Le lentigo peut apparaître dans les premiers temps de la vie; il se développe souvent ou s'accroît dans la seconde enfance; parfois il diminue après la puberté. Il augmente par l'exposition aux rayons du soleil, au printemps et en été. Il ne cesse pas en hiver. Il n'est lié avec aucun état morbide intérieur.

Pour faire disparaître ces taches, on a conseillé de les laver avec une solution de borate de soude dans de l'eau de

roses, ou avec la solution de 25 à 75 centigrammes de bichlorure de mercure dans 500 grammes d'émulsion d'amandes amères, ou encore d'employer un liniment composé d'eau de chaux, d'huile et de quelques gouttes d'ammoniaque ([1]). Il vaut mieux ne pas fatiguer la peau par des applications qui pourraient faire naître des vésicules, ou des papules, ou un érythème.

II. — ÉPHÉLIDES.

Le mot *éphélides* se rencontre dans plusieurs des écrits d'Hippocrate. Il dérive de *επι*, *sur* ou *par*, *ἥλιος*, *soleil*. Il sert à désigner des taches larges, irrégulières, d'un jaune brun, qu'on remarque sur la face, le cou, la poitrine, les mains des sujets qui s'exposent à l'action du soleil. C'est le hâle ou l'*ephelis à sole*.

La chaleur artificielle longtemps dirigée sur une partie y détermine parfois des taches brunes, comme marbrées, qu'on a rapportées à l'éphélide. Cette sorte de coloration s'observe à la partie interne des jambes et des cuisses chez les femmes qui font un usage habituel de chaufferettes.

Cet état morbide de la peau peut aussi dépendre de causes intérieures, de dispositions constitutionnelles, et même, comme l'a constaté M. Gerdy jeune, tenir à une origine héréditaire ([2]). Il a vu les éphélides coïncider aussi avez la leucorrhée. Elles se montrent souvent pendant la grossesse.

Elles peuvent se lier à une irritation des voies digestives; souvent on les a supposées symptomatiques d'une affection du foie; de là les noms de *taches hépatiques*, de *panne hépatique* ([3]), qui ne sont justifiés ni par un rapport spécial, ni par une coïncidence fréquente.

Les éphélides ne sont pas congénitales; elles ne sont pas stationnaires; elles s'étendent, puis diminuent. Les saisons ont sur elles une influence marquée.

([1]) Wilson, p. 570.
([2]) *Revue méd.*, 1834, t. IV, p. 355.
([3]) Alibert; *Monographie des dermatoses*, p. 743.

Quelquefois elles apparaissent sur des surfaces qui ont été le siége d'un prurit marqué ou d'une chaleur anormale. Elles sont le résultat d'un mouvement fluxionnaire prolongé; mais on les voit souvent naître sans phénomène local précurseur, et sans provoquer de sensations particulières.

Les parties de la peau où elles se montrent prennent une couleur jaunâtre et une teinte brune plus ou moins foncée. C'est alors l'*ephelis umbrosa* de J.-P. Frank [1].

Les surfaces affectées conservent leur poli; il ne s'y fait aucune desquamation La pression du doigt n'en affaiblit pas les teintes.

Les éphélides ont des analogies avec le lentigo, mais elles en diffèrent par leur étendue, leur forme, leur couleur et leur étiologie. Elles se rapprochent du chloasma ou pityriasis versicolore, par la plupart de leurs qualités extérieures, mais s'en distinguent par l'absence de desquamation furfuracée. Les taches syphilitiques en diffèrent par leur couleur. Enfin, l'ictère brun, ne se présentant pas sous l'aspect de taches distinctes, ne saurait leur être assimilé.

Les éphélides qui dépendent de l'action solaire, celles qui se développent pendant la grossesse, n'exigent aucun traitement spécial; si elles paraissaient résulter d'un mode quelconque de lésion des voies digestives, elles n'offriraient pas d'autres indications que celles qui seraient réclamées par cette lésion elle-même.

Quand on ne reconnaît aucune coïncidence motivant un traitement particulier, on se borne à l'usage des bains simples ou sulfureux, des lotions astringentes, d'un régime tempérant, des boissons délayantes et quelquefois des minoratifs. M. Wilson conseille un liniment composé de blancs d'œufs et d'huile d'olives, avec addition de vingt gouttes de sous-acétate de plomb, ou encore l'émulsion d'amandes amères, ou l'oxyde de zinc bensoaté, etc. [2].

(1) *Epitome*, t. IV, p. 21.

(2) *Benzoated oxide of zinc beaten into a cream with orange-flower water or elder flower water.* (*Diseases of the skin*, p. 569)

III. — MÉLASMA *(NIGRITIE, PYTYRIASIS NIGRA).*

La couleur de la peau devient, en général, plus brune à la puberté sur les parties génitales, et après l'accouchement autour du mamelon ; elle peut prendre, sous d'autres influences et dans une large étendue, une teinte plus foncée encore. Les faits suivants peuvent donner une idée de ce *mélasma,* qui est un état morbide, une *mélanopathie.*

I. Un homme, âgé de soixante-six ans, très-misérable, éprouve une démangeaison générale, puis sa peau se couvre de taches grisâtres et d'un brun de café, qui s'étendent à tout le corps et font contraste avec la peau restée blanche. Ces taches offraient des écailles furfuracées (1).

II. Un mendiant, très-malpropre, avait la peau noire, raboteuse, granulée, ayant l'aspect du maroquin (2).

III. Un homme, âgé de soixante-sept ans, vivant dans la malpropreté, présente sur le tronc, principalement sur les parties latérales, une couleur noire, analogue à celle du nègre. La peau y est sèche, luisante ; l'épiderme se détache sous forme de poussière. Le visage est basané ; les pieds et les mains sont jaunâtres. L'examen anatomique de la peau fait reconnaître sous l'épiderme une matière noirâtre qui lui adhère très-étroitement. Le derme est à l'état normal (3).

IV. Une femme, âgée de soixante-dix ans, misérable, ayant eu de vifs chagrins, devient noire sur toute la surface du corps. La couleur de sa peau était plus foncée sur la poitrine, aux plis des aines, sur les seins, à la paume des mains et à la plante des pieds. La peau, divisée, laissait voir une trace linéaire noire dans le corps muqueux (4).

(1) Alibert cite ce fait et le suivant comme des exemples d'éphélides scorbutiques ; mais il n'y est nullement question de symptômes de scorbut. (*Précis théorique et pratique des maladies de la peau,* 1810, t. I, p. 403.)

(2) *Ibid.,* p. 404.

(3) Chomel ; *Bulletin de la Faculté de Méd.,* 1814, p. 114. — Alibert a donné l'histoire et représenté la figure de ce sujet. (*Monographie des dermatoses,* p. 746.)

(4) Rostan ; *Bullet. de la Faculté de Méd.,* 1817, p. 524.

v. Une autre femme, âgée de soixante-quinze ans, naturellement très-blanche, avait été condamnée à mort par le tribunal révolutionnaire lorsqu'elle avait quarante-huit ans; au moment de l'exécution, elle fut sauvée; mais immédiatement ses règles se supprimèrent, et elle devint et resta noire comme un nègre, pendant vingt-sept ans. On put encore constater que le siége de la coloration anormale était dans le corps muqueux. Mais il est bon de noter que le pigment n'était pas très-adhérent à l'épiderme; car pendant la vie un vésicatoire en ayant détaché un lambeau, il s'était montré parfaitement transparent [1].

vi. Une femme, âgée de quarante-cinq ans, éprouva à trente-cinq une diminution du flux menstruel et une coloration brune de toute la peau; elle fut atteinte à quarante ans d'un eczéma du cuir chevelu, puis la couleur de la peau prit une teinte plus foncée semblable à celle du nègre [2].

vii. Une femme, âgée de vingt-cinq ans, brune et ayant eu les exanthèmes de l'enfance, est prise de vomissements, de douleurs épigastriques, de toux, de gonflement des pieds. Ces phénomènes présentent quelques variations, et la peau prend une couleur brune foncée sur le cou, le tronc, les fesses et d'autres régions. Sept mois après, l'épiderme se détache; il est noirâtre, et la peau reprend sa teinte normale [3].

viii. Une femme, âgée de dix-huit ans, enceinte, présente dès le commencement de sa grossesse une teinte noire qui, née autour des mamelons, s'est étendue à tout l'espace compris entre les clavicules et le milieu des cuisses. La partie postérieure du tronc en était exempte. Un an après, cette coloration anormale était dissipée [4].

ix. Un jeune homme de dix-sept ans, très-bien portant, tisserand, ayant travaillé à l'abri du soleil à des tissus noirs, présenta une coloration noire de la peau, commencée au cou

[1] Rostan; *Nouveau Journal*, t. V, p. 22.
[2] Ozanne, *panne mélanée*. (*Gaz. méd.*, 1836, t. IV, p. 14.)
[3] Gilkrest; *London med. Gaz.*, 1839. (*Gaz. méd.*, t. VII, p. 694.)
[4] Wilson; *Diseases of the skin*, p. 557.

et autour des yeux, et ensuite généralement répandue. Un vésicatoire à la nuque fit voir la matière colorante accolée sur le derme. Cette altération, offrant une intensité variable, durait depuis quinze mois quand M. Er. Wilson l'observa.

x. Une femme de vingt-huit ans, ayant pris un émétique qui resta sans effet, fut atteinte de fièvre typhoïde et d'aménorrhée. Dans la convalescence, sa peau, surtout à la partie postérieure du tronc et des membres, prit une couleur noire, laquelle s'étendit aux lèvres et à la muqueuse buccale (1).

xi. Un autre exemple a été communiqué à M. Wilson par M. Sarti. Il est relatif à un paysan, âgé de cinquante ans, qui, s'étant engagé dans une querelle où sa vie fut mise en péril, devint complétement noir. La teinte était très-foncée sur le front, les côtés du thorax, la partie interne des cuisses et les mains (2).

xii. Une fille de vingt-huit ans est atteinte, après des travaux pénibles, d'aménorrhée, de chlorose, puis de nigritie très-foncée aux mains, aux cuisses et à une cicatrice de la poitrine; les ongles avaient une teinte violette; la langue, les gencives, avaient une nuance ardoisée (3).

Ces observations de *mélasma* présentent pour attributs caractéristiques une coloration noire, évidemment née dans le pigment cutané, et de plus, dans quelques cas, une altération de l'épiderme se détachant par écailles furfuracées.

Cette dernière circonstance autorisait l'inscription de ces faits sous le titre de *pityriasis nigra;* ils indiquent le rapprochement, et peut-être l'identité, de ces modes de coloration noire.

L'annexion que je fais cesserait d'être fondée si l'on découvrait dans les furfures un cryptogame. La place du pityriasis nigra serait alors à côté du pityriasis versicolore. Mais en attendant, l'altération du pigment doit être considérée comme le phénomène le plus saillant, établissant une liaison fort naturelle entre le pityriasis nigra et la nigritie.

(1) Wilson; *Diseases of the skin*, p. 558.
(2) *Ibid.*, p. 559.
(3) Hardy: *Gaz. des Hôpit.*, 1853, p. 348.

Les douze observations précédemment citées se sont à peu près également partagées entre les deux sexes; cependant le sexe féminin l'a emporté. Elles ont été recueillies à tous les âges. Les recherches de Willan sur le pityriasis nigra ont été faites sur des jeunes enfants nés dans les Indes. On a vu la frayeur, les chagrins, amener la mélanopathie. On indique l'état de grossesse, la misère, la malpropreté, comme pouvant contribuer à la faire naître.

Le développement du mélasma s'est opéré avec rapidité ou lentement, tantôt conservant l'aspect de taches distinctes, tantot envahissant de larges surfaces, et constituant alors une sorte de *nigritie,* sans présenter toutefois la teinte complétement uniforme de la peau du nègre.

L'épiderme se détachant par petites parcelles ou par grands lambeaux, a pu entraîner la matière noirâtre. Plus souvent celle-ci est restée adhérente au derme.

La peau présentait une coloration brune ou noire dans la maladie épidémique qui sévit à Paris en 1828. Ce fut l'un des symptômes de l'*acrodynie,* dont il sera fait mention dans une autre partie de cet ouvrage.

Une teinte bronzée de la peau s'est montrée en coïncidence de l'altération des capsules surrénales. Ce n'est point encore le moment d'en parler.

La couleur de la peau est devenue bleuâtre par l'usage interne et longtemps prolongé du nitrate d'argent; c'est surtout pour combattre l'épilepsie que ce médicament avait été administré, et ce sera à l'occasion de cette maladie qu'il conviendra de rappeler le genre d'effets que je me borne à signaler.

IV. — NÆVI PIGMENTAIRES.

Le mot latin *nævus* signifie marque apportée en naissant. C'est une altération congénitale de la peau, qui consiste en une tache ou en une saillie ayant son siége soit dans le pigment cutané, soit dans les réseaux vasculaires sus et sous-dermiques. De là deux genres très-distincts : le *nævus* pigmen-

taire et le *nœvus* vasculaire. Il n'est question en ce moment que du premier.

Ce genre d'altération, qui existait à la naissance ou qui apparaît peu de temps après, se présente sous deux aspects différents : comme une simple macule, ou comme une tache avec hypertrophie des tissus.

I. — NŒVUS PIGMENTAIRE MACULEUX.

Le premier dessine sur la peau des marques ou des taches plus ou moins étendues, glabres généralement, quelquefois surmontées de poils fins et comme soyeux, de longueur variable.

Ces taches *(spili)* peuvent s'observer sur les diverses parties du corps, surtout à la face, au cou, sur les mains, sur le tronc ou sur les membres. Leur forme varie : elle est arrondie, ovalaire, semi-lunaire, irrégulièrement découpée, etc. Leur couleur est jaunâtre, bistre ou noire; c'est celle du lentigo, de l'éphélide ou du mélasma.

Leur étendue peut être considérable. M. Duméril a donné des détails sur un jeune garçon de quatorze ans, offrant sur toute la partie postérieure du tronc de larges taches irrégulières, grisâtres, recouvertes d'un duvet jaunâtre; quelques taches étaient bleuâtres, d'autres violettes, d'autres blanches (1).

Dix-huit ans après, un garçon de même âge fut présenté à l'Académie de Médecine et examiné par Hippolyte Cloquet, Itard et Virey; il avait aussi sur le dos, les épaules, les bras, des taches congénitales brunes, fauves, couvertes de poils soyeux, les uns très-courts, les autres de près d'un décimètre de long. Cet enfant avait les cheveux roux et crépus (2).

Je vis, il y a deux ans, chez un jeune élève de l'École des mousses, âgé de treize ans, qui me fut présenté par M. le Dr Courau, un *nœvus pigmentaire maculeux* occupant la région dorsale, depuis le niveau de la huitième apophyse épi-

(1) *Bullet. de la Soc. de Méd. de Paris*, 1810, p. 24.
(2) *Journal général*, 3e série, t. VIII, p. 404.

neuse jusqu'au milieu de la région lombaire. Cette tache s'élargissait à gauche jusqu'à l'hypochondre. Elle était d'un noir très-prononcé, sa surface était glabre. La peau était en cet endroit absolument semblable à celle d'un nègre. L'enfant était blond et jouissait d'une très-bonne santé.

II. — NÆVUS PIGMENTAIRE HYPERTROPHIQUE.

Ce nœvus se subdivise en trois variétés. La première présente une saillie circonscrite; la deuxième offre de l'étendue en largeur; la troisième constitue des tumeurs plus ou moins volumineuses et molles. Ces trois formes hypertrophiques sont souvent accompagnées d'un développement local du système pileux. Les poils qui naissent à la surface de ces nœvi sont roides et ordinairement bruns ou noirs.

I. La première variété constitue des signes, des papules, de petites éminences brunes, d'apparence verruqueuse. Ces saillies sont ordinairement sessiles; d'autres fois elles ont un court pédicule; elles peuvent être nombreuses dans une région et même se toucher et se confondre. J'ai vu chez un jeune garçon un nœvus qui, du lobule de l'oreille gauche, descendait en serpentant jusqu'à la partie inférieure du cou. Il avait un décimètre et demi de longueur et à peine un demi centimètre ou un centimètre de largeur. Sa couleur était d'un brun noirâtre; on eût dit une ligne tracée en zigzag par le nitrate d'argent. Il était glabre et à surface inégale; sur son trajet, s'élevaient des saillies verruqueuses pédiculées, arrondies et dures.

Arndt a donné la figure d'une fille de vingt-deux ans, qui portait sur le côté gauche du cou et de la poitrine de petites plaques disséminées de nœvus pigmentaire surmontées de saillies arrondies, ayant l'aspect de grappes de raisin ([1]).

Les nœvi pigmentaires ont une sensibilité peu développée. Ils saignent à peine quand on les divise. La pression du doigt

([1]) *De nævo materno*. Halæ, 1839.

ne diminue pas leur couleur, qui est indélébile, qui cependant, dit-on, s'affaiblit un peu dans la vieillesse.

La structure de ces altérations pigmentaires, étudiée avec soin par M. Laboulbène, lui a présenté des fibres cellulaires, une matière amorphe et des granulations colorées, abondantes, ayant 1 à 3 millièmes de millimètre de diamètre [1]. Il a vu aussi de jeunes cellules épithéliales, arrondies, pourvues d'un noyau. Quand le nœvus est pileux, le bulbe et les follicules des poils font une légère saillie, ce qui donne à la surface de la peau un aspect mamelonné.

Le nœvus pigmentaire circonscrit ne fait courir aucun danger; il ne tend pas à s'élargir. S'il était très-limité et saillant, on pourrait l'attaquer par le bistouri ou par les caustiques, dans le cas où il serait une cause de gêne ou un motif d'ennui et de chagrin.

II. Le *nœvus pigmentaire hypertrophique* occupant une *large surface* peut s'accompagner d'une sorte d'ichthyose. L'exemple le plus remarquable de cette disposition a été donné par Brambilla. La petite fille qu'il observa avait deux ans et quelques mois; toute la peau était noire comme celle d'un nègre, âpre et dure comme celle d'un éléphant, grenue et verruqueuse ou squameuse, avec quelques fissures, d'où parfois s'écoulait du sang. A la naissance, cette peau avait paru jaunâtre; vers la sixième semaine, la teinte noirâtre se répandit sur tout le corps, excepté sur la face. Les bains firent tomber des écailles noirâtres et la peau sembla presque blanche, mais bientôt elle redevint rude au toucher. Brambilla conseilla des frictions avec l'onguent d'Althæa et la pommade mercurielle, et des bains émollients; les squames se détachèrent; mais la teinte noire persista. Ce traitement, dont on prévoyait l'insuccès, ne fut pas continué [2].

(1) *Sur le nœvus en général.* (Thèses de Paris, 1854, n° 38, p. 15.)

(2) *Observatio peculiaris cujusdam speciei elephantiasis.* (*Acta Academ. med.-chir. Vindobonensis*, t. I, p. 324.) Brambilla n'a point voulu désigner la maladie appelée *elephantiasis* des Grecs ou des Arabes, mais indiquer que la peau présentait la rudesse et la couleur de celle de l'éléphant.

Je vis, il y a fort longtemps, un enfant de sept à huit ans que l'on promenait de ville en ville, dont la peau, sur la partie inférieure de la face, sur le cou, sur presque toute la poitrine, était fort épaisse, très-brune et hérissée de poils châtains, courts et roides. Quelques taches étaient disséminées sur les membres, principalement sur les bras. Elles étaient également saillantes, brunes, rugueuses et velues.

III. Une variété fort curieuse de *nœvus pigmentaire hypertrophique* est celle que M. Rayer a nommée *molluściforme*, dénomination que j'adopte.

Le premier fait relatif à ce nœvus est rapporté par Valmont de Bomare. « On a vu, dit-il, en mars 1774, à la foire de Saint-Germain, à Paris, une petite fille âgée de trois ans, d'une assez jolie figure, mais dont le corps était presque entièrement couvert de poils longs et bruns; elle avait sur plusieurs parties de son corps, surtout dans la région du dos, des excroissances de chair qui formaient comme des espèces de petites poches; on a coupé une de ces poches qu'elle avait au sein, parce qu'elle la gênait beaucoup, et on a trouvé cette excroissance absolument vide. Cette petite fille paraissait néanmoins jouir d'une bonne santé; elle était gaie, vive et douce [1]. »

Un deuxième fait est mentionné par Lavater. Il est relatif à une jeune fille très-développée et très-forte, dont le corps était parsemé de touffes de poils et le dos couvert de nombreuses excroissances spongieuses garnies de ces poils [2].

Le troisième cas est celui dont Walther a donné l'histoire sous le nom de *nœvus pilaris lipomatodes*, et qu'il a fait représenter dans une figure que M. Rayer a reproduite [3]. Les détails manquent.

Le fait suivant a été recueilli sur une femme qui fut pré-

(1) *Dictionnaire d'histoire naturelle*, t. VII, p. 171.

(2) *Traité de Physiognomonie*, t. XVIII, p. 190. Les sujets de ces deux Observations étant montrés comme objets de curiosité dans différentes villes, on pourrait croire à leur identité; mais le premier était né en 1771 : or, l'ouvrage de Lavater s'imprimait en Allemagne en 1775, lorsque cette petite fille n'avait encore que quatre ans ; elle ne pouvait donc être encore représentée, comme Lavater l'a fait, sous les traits d'une fille déjà développée et très-robuste.

(3) *Maladies de la peau*, p. 733, — et *Atlas*, planche XV, fig. 14.

sentée à la Société de Médecine de Bordeaux en 1842. Cette femme fut l'objet de l'examen attentif d'une commission dont je faisais partie, et qui eut pour rapporteur M. le D[r] Costes. J'extrais du rapport de cet honorable collègue ([1]) la note suivante :

IV[e] Obs. — Marie Paulin, âgée de trente deux ans, est originaire du bas Médoc. Sa mère avait eu, à trois mois de grossesse, une impression très-vive par la vue d'un homme nu très-velu qui allait se baigner. Elle naquit avec une altération cutanée qui offre les caractères que voici : 1° Une tache recouvre l'hypogastre, s'élève près de l'ombilic, se termine à 6 centimètres au-dessus de la crête iliaque droite, et d'autre part s'étend sur l'aine et la cuisse droites jusqu'à la hauteur du genou. A gauche, la même tache recouvre la partie supérieure de la cuisse et la région iliaque, et vient en se contournant occuper toute la région lombaire, le dos jusqu'à la sixième vertèbre dorsale, les fesses et la partie postérieure des cuisses, où elle descend un peu moins bas qu'en avant. Cette grande tache offre une couleur brune, café, chocolat clair, bistre, fauve, suivant les points qu'elle occupe. Elle est presque noire à la partie interne des cuisses; elle est recouverte de poils dans la plus grande partie de son étendue. Ceux qui s'élèvent de la région lombaire sont courts, rares, roux et fins; ils sont longs et rudes sur les cuisses; plus longs, plus abondants, et noirâtres à leur région interne. L'épiderme est souple en certains endroits, rugueux en d'autres, surtout sur les hanches. 2° Sur divers points de cette large tache existent onze tumeurs en forme de poches, flasques, pendantes, de diverses grosseurs. Quatre sont plus volumineuses; elles sont très-développées à droite. Du côté gauche, on voit les rudiments de trois tumeurs très-molles, qui semblent avoir été vidées; elles ne sont recouvertes que de quelques poils fins et doux. 3° Des taches petites, brunes, lisses, glabres et un peu saillantes, ayant l'apparence des *signes,* sont répandues isolément sur la poitrine, les épaules, les bras, les jambes.

Ce nœvus présente aux différentes régions qu'il recouvre la même sensibilité que la peau non altérée. La perspiration cutanée n'y est pas moins abondante. Une piqûre y fait à peine couler une goutte de sang.

Cette femme s'est développée assez régulièrement. Elle est de taille assez élevée. Les poils du pubis n'offrent rien d'anormal. Mariée à vingt-six ans et mère un an après, elle n'a remarqué sur le corps de son enfant d'autre trace d'hérédité qu'une tache au genou ressemblant à une fraise. Enfin, Marie P... avait dans sa jeunesse un goût décidé

([1]) *Journ. de Méd. de Bordeaux,* 1842, p. 108.

pour les bains, surtout pour ceux de mer; elle les prolongeait, elle en aurait pris même en hiver. Elle a beaucoup de goût pour le poisson.

Ve Obs. — Thomas Raymond, âgé de cinquante-deux ans, né et domicilié à Saint-Laurent en Médoc, terrassier, d'une constitution affaiblie, est entré à l'hôpital Saint-André, le 27 avril 1847, pour des douleurs rhumatismales. Il présentait sur presque toute la surface du corps, et principalement sur le membre inférieur gauche et sur les bras, des taches ayant 2 centimètres de diamètre, arrondies ou ovales, de couleur brune, à surface polie pour les unes, rugueuse, mamelonnée et velue pour les autres. Les poils étaient fins, blonds et assez longs.

La peau de la cuisse droite était brune dans toute son étendue, à l'exception de quelques intervalles où elle avait conservé une teinte naturelle assez blanche. L'épiderme de cette grande tache était rugueux. A la partie postérieure et vers le tiers supérieur de la même cuisse existait une tumeur large et pendante comme une poche vide. On a pu supposer qu'elle n'était occupée que par un tissu aréolaire très-lâche et à larges cellules. A la partie supérieure et interne du membre se trouvait une autre tumeur moins volumineuse, un peu plus résistante. La pression y faisait reconnaître des petites masses, qu'on pouvait comparer à des agglomérations de tissu adipeux.

Sous le rapport de l'hérédité, Thomas R... a donné les renseignements suivants : sa mère avait eu un nœvus analogue disséminé sur presque tout le corps. Il a deux enfants qui ont quelques taches pigmentaires, peu nombreuses (trois ou quatre) à chaque membre.

Ces faits ont entre eux une notable ressemblance, principalement sous le rapport de ces développements cellulo-dermiques qui font le caractère essentiel du nœvus molluscifrme. Ces sortes de poches flasques et pendantes paraissant presque vides, ressemblent à celles du molluscum; mais leur coexistence avec un nœvus pigmentaire prévient toute confusion.

6e SECTION. — MALADIES DU RÉSEAU VASCULAIRE CUTANÉ.

A la surface du derme se déploie l'important réseau vasculaire qui joue un rôle si actif dans la production des exanthèmes aigus et de diverses affections chroniques. Il est susceptible de se développer partiellement. On voit quelquefois la peau de la face ou des membres inférieurs sillonnée de

ramuscules sanguins très-développés : ce sont le plus souvent des dilatations symptomatiques des radicules veineuses.

Les vaisseaux lymphatiques superficiels sont aussi susceptibles de se dilater dans certaines circonstances rares, qui ont été notées par Breschet ([1]), par M. Camille Desjardins ([2]), par M. Mazaé Azéma ([3]). Ce genre de lésion paraît fréquent à l'île de la Réunion; il n'a pas été assez étudié pour qu'il soit possible d'en esquisser l'histoire.

D'autres lésions de l'appareil vasculaire cutané sont plus fréquentes et mieux connues : ce sont les nœvi vasculaires et les tumeurs érectiles.

I. — NŒVI VASCULAIRES.

Le *nœvus vasculaire* diffère du nœvus pigmentaire, non-seulement par le genre de tissu qu'il affecte, mais aussi par ses apparences extérieures et par sa manière d'être. Il est toujours rouge, et cette couleur varie depuis la nuance simplement rosée jusqu'à la teinte violette ou livide; elle perd un peu de son intensité par la pression. Elle augmente par les efforts, par les cris, par les émotions, par la position déclive de la partie, par un obstacle au retour du sang, en un mot par toutes les causes capables d'accroître l'engorgement vasculaire.

Ce nœvus n'est point pileux. Il est susceptible d'accroissement, comme aussi de diminution. Il siége principalement à la tête, surtout à la face; on l'observe aussi sur le cou, la poitrine, aux environs du bassin, aux mains et aux poignets.

Il y a deux variétés de nœvus vasculaire, selon qu'il ne produit qu'un faible relief sur la peau ou bien qu'il forme une saillie prononcée, c'est-à-dire qu'il est avec ou sans hypertrophie des tissus affectés.

I. Le *nœvus vasculaire maculeux* constitue ce qu'on a nommé

([1]) *Du système lymphatique.* Thèse de concours, 1836, p. 258.
([2]) *Gaz. méd.*, 1854, p. 361.
([3]) *Ibid.*, 1853, p. 85.

taches de vin, *nœvus flammeus*. Tantôt il forme des plaques plus ou moins larges, d'un rouge vermeil, ou pourpre, ou lie de vin, de formes irrégulières, couvrant une partie sans interruption; tantôt il consiste en des lignes ou stries disposées en réseau, c'est le *nœvus araneus*. J'ai vu sur la main, le poignet et l'avant-bras d'un négociant de cette ville, un très-large nœvus de cette sorte; ce sont des lignes d'un rouge vif, diversement dirigées, et laissant entre elles des espaces inégaux.

Le nœvus vasculaire maculeux peut diminuer quand il est peu étendu, mais généralement il se maintient, et on a proposé, pour diminuer la difformité qu'il occasionne, d'en affaiblir la couleur par une sorte de tatouage. On a aussi pensé à y provoquer un travail de suppuration par l'application d'un vésicatoire. La vaccination des taches a été employée.

Ce nœvus est susceptible d'accroissement dans le sens de l'épaisseur. C'est ainsi que des tumeurs érectiles ont eu fréquemment pour base une large tache congénitale. Fourcroy en a consigné un exemple fort remarquable observé chez un jardinier de Meaux, dont une partie du front et de la face était recouverte par une tumeur sanguine très-volumineuse [1].

II. Le *nœvus vasculaire hypertrophique* présente les dimensions et les figures les plus diverses; il emprunte souvent la forme et la couleur de certains fruits, comme la fraise, la mûre, la framboise. Il présente quelques différences, selon l'élément qui en forme la base. Ce sont les vaisseaux capillaires qui dominent presque toujours; mais il peut s'y joindre un développement plus marqué, soit des extrémités artérielles, soit des radicules veineuses.

Le nœvus vasculaire dans lequel prédomine l'élément artériel, a une coloration plus vermeille, de la rénitence et une certaine élasticité; on peut y distinguer des pulsations isochrones à celles de la radiale. Si son tissu est divisé, il fournit en abondance du sang rouge.

[1] *Mém de la Soc. royale de Méd.*, t. VIII, *hist.*, p. 131.

Le nœvus vasculaire veineux a une couleur violacée, bleuâtre ou noirâtre; il a une certaine mollesse, il est dépourvu de battements. Sa forme est ordinairement arrondie, sa base est tantôt large et tantôt étroite, et analogue à un pédicule. Ce nœvus s'observe à la peau, ainsi que sur les membranes muqueuses voisines de l'extérieur.

La structure des trois variétés du nœvus vasculaire a été attentivement étudiée. On a trouvé, comme trame, un tissu fibreux aréolaire; comme enveloppe superficielle, un épithélium, et comme élément caractéristique, un lacis de vaisseaux dilatés [1]. Ces vaisseaux sont anastomosés entre eux, et présentent comme des ampoules ou des *diverticulum*.

Le nœvus artériel offre des ramifications artérielles dilatées et à parois épaissies. Le nœvus veineux est formé par des vaisseaux de son ordre, larges, à parois résistantes, dépourvus de valvules, et constituant un lacis tantôt superficiel, tantôt sous-dermique.

On a trouvé, dans quelques nœvi d'origine vasculaire, des kystes renfermant une matière adipeuse ou huileuse. Ces kystes, spécialement étudiés par M. Laboulbène, s'étaient développés dans un tissu cicatriciel qui avait pris la place du réseau vasculaire [2].

Les nœvi vasculaires sont susceptibles de guérison spontanée quand ils sont peu volumineux. C'est un fait constaté par plusieurs observateurs, et que j'ai moi-même vérifié. Une petite fille présentait à sa naissance, sur la partie supérieure du front, une tumeur semblable à une moitié de fraise. On me demanda s'il fallait en faire l'extraction. Je conseillai d'attendre; vers l'âge d'un an ce nœvus avait diminué; dans le cours de la troisième année il s'effaça complétement.

Quand un nœvus réside sur une partie exposée aux pressions et aux frottements, il peut s'excorier, s'ulcérer, et même se gangrener [3] à sa surface. De ces circonstances peuvent

(1) Birkett; *Medico-chir. Transact.*, 1847, t. XXXIII. (*Union méd.*, t. II, p. 164.)
(2) Thèse citée, p 39.
(3) Hardy; *Leçons sur les maladies de la peau.* (*Gaz. des Hôpit.*, 1853, p. 348.)

résulter l'oblitération d'un grand nombre de vaisseaux et l'affaissement complet ou partiel de la tumeur.

C'est d'après ces données qu'on a tenté la guérison des nœvi vasculaires saillants à l'aide des caustiques, du séton, des épingles implantées à leur base, des injections poussées dans leur tissu.

L'appréciation de ces divers moyens, le mode de leur emploi, ainsi que les motifs qui engagent à préférer la ligature ou le bistouri, appartiennent à la pathologie chirurgicale. Je dois les passer sous silence.

II. — TUMEURS ÉRECTILES.

J'ai déjà présenté sur ces tumeurs quelques considérations générales [1]. L'examen particulier de celles qui naissent sur la peau est du ressort de la pathologie externe, à cause du genre de moyens auxquels on doit avoir recours pour les guérir.

7e SECTION. — MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX CUTANÉ.

La peau reçoit beaucoup de filets nerveux qui traversent le derme pour s'épanouir dans les papilles. C'est donc à la surface externe du derme qu'il faut rapporter le siége des névroses cutanées. Ces névroses ne consistent qu'en des lésions de la sensibilité, faculté dont la peau est douée à un haut degré.

Les lésions de la sensibilité cutanée ont très-souvent leur source dans des affections graves des centres ou des cordons nerveux, mais elles peuvent exister sans que les recherches les plus attentives fassent découvrir un point de départ éloigné.

Ces névroses cutanées idiopathiques sont soumises aux mêmes vicissitudes, aux mêmes accès, aux mêmes irrégularités que les autres lésions du système nerveux, avec lesquel-

(1) *Cours théorique et clinique de pathologie interne*, t. III, p. 337.

lés elles alternent parfois, et dont elles partagent l'opiniâtreté habituelle.

Les névroses cutanées se rapportent à la diminution, à l'exaltation ou aux aberrations de la sensibilité.

I. — ANESTHÉSIE CUTANÉE.

L'insensibilité des téguments a lieu dans l'éléphantiasis des Grecs. Elle s'observe dans quelques régions déterminées, comme la face externe des cuisses à la suite de maladies aiguës graves, de la fièvre typhoïde, par exemple.

L'anesthésie des extrémités des membres, sans lésion du mouvement, a été plusieurs fois observée. Des plaies profondes ont pu être faites aux doigts dans des cas de ce genre sans que les sujets en aient eu conscience (1). Cet état morbide peut être le résultat d'un refroidissement prolongé (2) ou survenir après une éruption bulleuse (3). Alors l'anesthésie n'est pas absolue. La sensibilité persiste relativement aux grandes variations de température, et surtout à l'égard du froid; tandis que les sujets n'éprouvent aucune douleur par l'action du feu, et se brûlent sans s'en apercevoir. L'action musculaire était à peine infirmée chez deux des personnes dont les observations sont rapportées; et elles continuaient de se livrer à leurs occupations ordinaires.

De nombreux moyens ont été employés pour combattre cette anesthésie; tels sont les bains chauds, l'électricité, le galvanisme, le rhus toxicodendron, le mercure, etc. Il n'en est résulté aucune amélioration.

II. — HYPÉRESTHÉSIE CUTANÉE.

I. L'hypéresthésie cutanée se manifeste dans les circonstances déjà signalées (4), qui engendrent l'hypersthénie nerveuse.

(1) Samuel Brown; *American medical Repository*. New-York, t. IV, p. 225.

(2) Yelloly; *Medico-chir. Transact.*, t. III, p. 90.

(3) Daniel; *Journal général*, t. LXI, p. 161.

(4) *Cours de Pathologie interne*, t. II, p. 122.

Quelques causes plus spéciales peuvent la développer. En 1849, les habitants du château de Claremont, en Angleterre, ayant bu de l'eau imprégnée de plomb, eurent des accidents saturnins, mais en outre une hypéresthésie générale de la peau (1).

L'hystérie produit l'exaltation de la sensibilité dans diverses parties des téguments, souvent au cuir chevelu.

Cette exagération de la sensibilité cutanée s'observe même dans des circonstances qui sembleraient devoir l'exclure, comme certaines lésions cérébrales, des apoplexies ou des ramollissements. J'ai vu, en pareil cas, les pressions, les frottements sur la peau, devenir l'occasion de vives douleurs.

Plusieurs individus atteints d'hypéresthésie dermique en ont fait remonter l'origine à une gale ancienne ou mal guérie (2). Alors la gale peut être guérie, en d'autres termes les acarus peuvent être détruits depuis longtemps, mais l'irritation qu'ils ont provoquée se perpétue. De là cette disposition au prurit, à la douleur et à tous les effets de l'exaltation de la sensibilité.

II. L'hypéresthésie se montre à divers degrés. Elle peut ne consister qu'en une sorte de délicatesse de la peau, qui rend douloureux le contact des corps un peu rudes, de la laine, ou du linge quand il est neuf ou grossier. Un léger frottement peut donner des spasmes, surtout s'il rencontre des poils et s'il les renverse en différents sens. Le chaud, le froid, même modérés, sont dans ces cas très-vivement sentis.

III. L'hypéresthésie atteignant un degré plus élevé produit des douleurs qui sont continues ou intermittentes.

Les douleurs continues et très-vives constituent la *dermalgie*. Cet état morbide est quelquefois une des formes du rhumatisme, comme l'a bien établi M. Beau (3). Il peut aussi exister indépendamment de cette origine (4).

(1) La relation de ce fait a été publiée dans un journal de Dublin, par M. Gueneau de Mussy. (*Revue méd.*, 1849, t. III, p. 581.)

(2) Cazenave; *Gaz. des Hôpit.*, 1851, p. 211. — Devergie; *Mal. de la peau*, p. 407.

(3) *Archives*, 3e série, t. XII, p. 120.

(4) Piorry; *Gaz. des Hôpit.*, 1842, p. 279.

Les douleurs cutanées se manifestent quelquefois par accès plus ou moins violents. M. Cazenave a rapporté avec des détails intéressants un fait de ce genre ([1]).

L'excès de sensibilité de la peau peut accompagner la paralysie des muscles. Les faits de ce genre ne sont pas rares.

La peau, qui se montre si sensible à une légère pression, à un simple frottement, n'éprouve quelquefois aucune augmentation de douleur par une très-forte pression. Cette pression peut même diminuer la douleur ([2]).

Le froid augmente en général les douleurs cutanées. Pendant l'hiver, les individus atteints d'affections nerveuses sont en général plus souffrants.

La douleur peut se circonscrire dans une région et abandonner momentanément les autres.

Elle s'accompagne quelquefois, quand elle est très-vive, de crampes, de spasmes variés. Il peut aussi se former sur la peau, sous l'influence de l'hypéresthésie, des petites saillies papuleuses ou vésiculeuses.

La sensation douloureuse prend divers caractères; elle est comparée par les malades à une piqûre, à une morsure, à un déchirement. D'autres fois, c'est une cuisson ou un sentiment de brûlure.

IV. Aux Indes orientales, cette sensation de brûlure, très-vivement ressentie à la paume des mains et à la plante des pieds, constitue une maladie assez commune parmi les indigènes, et qui n'épargne pas toujours les Européens. Il survient parfois de la fièvre, de l'insomnie et quelques symptômes d'irritation des viscères abdominaux. La cause de cette maladie toute spéciale est inconnue. On l'a attribuée à l'habitude de marcher nu-pieds sur un sol brûlant. Mais cette cause existe en bien d'autres climats plus chauds et n'y produit pas les mêmes effets. L'examen attentif des pieds et des mains ne fait reconnaître ni rougeur, ni tension, ni changement de tempé-

([1]) *Annales des maladies de la peau*, t. I, p. 248.

([2]) Aug.-Théod. de Bary; *De hyperæsthesia*, dissert. inaug. Bonnæ, p. 17. -- Inderfurth; *De sensus in cute aberrationibus*. Bonnæ, 1832, p. 3.

rature; mais il paraît que les ongles jaunissent. Quelquefois le talon et le coude-pied sont moins affectés que les parties antérieures. Les malades qui veulent apaiser ce sentiment de brûlure par l'application des corps froids, éprouvent bientôt des vertiges. Cette névrose a été particulièrement étudiée par M. Grierson (1). Elle l'a également été par M. Playfair, qui l'a vue présenter deux variétés : tantôt la peau des mains et des pieds est en même temps très-sèche et presque écailleuse, tantôt elle est habituellement humectée par la sueur (2). Cette maladie, extrêmement opiniâtre, finit par altérer la constitution.

V. Ces divers modes d'hypéresthésie ont été combattus par des moyens variés. Quand il y avait des intermittences, même irrégulières, le sulfate de quinine a été essayé, mais sans résultats bien positifs. Les antispasmodiques, les opiacés, n'ont pas eu plus de succès ; le chloroforme a été opposé avec succès à une dermalgie de la plante des pieds (3). Un vésicatoire volant a réussi dans le cas de dermalgie de la région poplitée cité par M. Piorry (4). Les vésicatoires ont été appliqués sans avantage marqué sur le coude-pied, chez les Indiens atteints de l'hypéresthésie brûlante. Les préparations arsénicales, les purgatifs, n'ont pas eu de meilleurs résultats. Les bains de vapeur locaux, les fumigations avec la décoction de pavots, ont mieux réussi, surtout dans la variété sèche.

III. — HÉTÉRESTHÉSIES CUTANÉES.

L'exagération de la sensibilité donne lieu souvent à des sensations variées, étranges, à des hallucinations.

Ces aberrations peuvent aussi accompagner l'anesthésie, comme Pring et Gruithuisen l'ont constaté sur eux-mêmes après des lésions de filets nerveux (5).

(1) *Medical Transactions of Calcutta*, t. II, p. 275.

(2) *Ibid.*, p. 280.

(3) Valleix ; *Union médicale*, t. VIII, p. 100.

(4) *Gaz. des Hôpit.*, 1842, p. 279.

(5) Pring ; *View on the nervous syst.*, p. 121. — Inderfurth ; *De sensus in cute aberrationibus*, p. 6.

Dans d'autres circonstances, la sensibilité paraît normale relativement aux contacts ordinaires; mais sous des excitants spéciaux, la douleur ne se développe pas ou s'exagère extraordinairement [1], ou se manifeste sous les modes les plus variés.

De toutes les hétéresthésies, la plus fréquente est le *prurit.*

IV. — PRURIT.

Cette sensation bizarre, qui produit l'invincible besoin de presser, frotter, gratter, irriter la partie affectée, qui commence par le plaisir et finit par la douleur [2], est liée, comme symptôme, à diverses affections cutanées papuleuses et vésiculeuses, à l'ictère, etc. Alors l'observateur reconnaît des altérations locales qui rendent plus ou moins raison de ce phénomène. Tel était sans doute le point de vue général sous lequel les médecins grecs considéraient le prurit, qu'ils appelaient ξυσμος [3], κνευμος [4]. Mais les praticiens attentifs surent très-bien distinguer le prurit qui est indépendant de toute altération apparente des téguments [5]. Ce prurit *essentiel* ou *nerveux* ne doit point être confondu avec le *prurigo;* celui-ci se caractérise par des papules plus ou moins développées. Le premier constitue le *prurigo latent* d'Alibert, le *prurigo sans papules* de M. Devergie.

Cette névrose n'en est pas moins une incommodité cruelle, une cause incessante de tourment moral, d'insomnie, d'agitation physique. Si quelques rémissions ont lieu, le matin, par le repos, par la distraction, par la fraîcheur de l'air, les exacerbations se reproduisent avec une opiniâtreté désespérante sous l'influence de la digestion, d'une agitation morale ou

(1) Landry; *Recherches physiologiques et pathologiques sur les sensations tactiles.* (*Archives,* 4e série, t. XXX, p. 30.)

(2) Seeber; *De pruritu.* Lipsiæ, 1756, p. 13.

(3) Hippocrate; *Aphor.* 31, sect. III. (*Epid.,* liv. V. *Œuvres,* t. V, p. 209.)

(4) Hippocrate; *Des affections.* (*Œuvres,* t. VI, p. 246.) — Galien; *De sympt. Caus.,* sect. II, p. 22. (*Comment. in aphor.,* Com. in *Epid., de humoribus, etc.*)

(5) Mercuriali; *de morbis cutaneis,* lib. II, cap. III, p. 62.

physique, par la chaleur du lit, etc. Le prurit nerveux est provoqué souvent par l'irritation d'une muqueuse voisine.

Il peut donner lieu, par sa continuité ou son intensité, et surtout par les frottements qu'il provoque, au développement de papules et de rugosités, qui sont alors l'effet et non la cause du prurit. La peau présente aussi des écorchures, des déchirures, une sorte d'usure; d'autres fois, des épaississements et des indurations provenant de cette irritation soutenue.

Le prurit peut être *général,* ou du moins étendu à diverses régions, et se faire sentir avec plus de vivacité en tels ou tels points successivement. D'autres fois il est localisé dans une partie. Les régions qui en sont le siége le plus ordinaire sont l'anus, le scrotum, la vulve.

Le *prurit de l'anus (pruritus podicis)* a pour causes fréquentes, chez l'enfant [1], la présence des ascarides vermiculaires dans le rectum; chez l'adulte, les congestions hémorrhoïdaires. Il est plus fréquent chez les hommes parvenus au déclin de la vie. Lettsom l'a observé chez les goutteux ou chez ceux qui avaient eu jadis des affections dartreuses [2]. Il augmente la nuit, empêche le sommeil, trouble les digestions, produit la dyspepsie. Mais il a paru, dans un cas d'angine de poitrine, chez un homme de soixante-huit ans, former une crise salutaire. Dans un autre cas rapporté par le même observateur, des astringents le firent cesser, et le sujet mourut subitement; l'examen des parties affectées par le prurit ne laissa apercevoir rien de morbide, si ce n'est une légère rougeur, ou comme une éruption d'apparence herpétique. Lettsom ne caractérise nullement celle-ci, qui peut n'avoir été que l'effet mécanique des frottements réitérés.

Le *prurit du scrotum* s'observe chez les individus qui vivent dans la continence et qui ont une disposition herpétique. Il provoque des érections et des évacuations séminales fréquentes.

Le *prurit de la vulve* n'est pas moins fatigant. Décrit avec

(1) Et quelquefois chez l'adulte. Voyez-en un exemple par Koreff. La guérison fut obtenue par la racine de *spigelia anthelminthica marylandica*. (*Gaz. des Hôpit.*, 1848, p. 457.)

(2) *Medical Memoirs*, t. III, p. 346.

sagacité par Lorry (1), il a vivement attiré l'attention de Lettsom, qui l'a vu chez des femmes de vingt à trente ans, non mariées, et n'ayant pas eu d'enfants. Selon cet auteur, le *pruritus pudendorum* est indépendant de la leucorrhée, et ne conduit pas à la nymphomanie (2). Cependant, cette névrose a paru quelquefois exciter les désirs vénériens les plus effrénés (3). Ce n'est pas seulement chez les jeunes femmes qu'on l'observe. Je l'ai vue à l'âge de quarante-cinq à cinquante ans, et même chez une femme de soixante-quatre ans. Cette dernière en était atteinte depuis deux mois. Le prurit de la vulve était accompagné d'un sentiment de brûlure à l'entrée du vagin. L'examen le plus attentif n'y fit découvrir qu'une légère rougeur. Cette sensation pénible augmentait quand la malade venait d'uriner. Il n'y avait aucune sorte d'écoulement. L'utérus était sain.

De Haen a vu à La Haye, chez une femme de quarante ans, le prurit de la vulve résister à tous les moyens qu'il employa, ainsi que Winter, Gaubius et plusieurs autres habiles médecins. L'irritation parvint, après plusieurs mois, au degré d'une vive inflammation; il se forma successivement dix petits abcès dans les lèvres; il y eut du soulagement, et les préparations mercurielles et antimoniales, qui plusieurs mois auparavant avaient échoué, réussirent (4).

Le prurit du périnée, fréquent chez la femme, se lie ordinairement à celui de la vulve.

Alibert a dit quelques mots d'un *prurit plantaire* qu'il observa chez deux individus (5).

J'ai vu le prurit borné au *cuir chevelu* et aux *oreilles* chez un créole. Après avoir longtemps résisté à beaucoup de moyens, cette névrose céda, en moins de huit jours, à une diarrhée spontanée. Le ventre resta tendu et douloureux. Des

(1) *De morbis cutaneis. De intertriginibus*, p. 449.
(2) *Medical Memoirs*, t. III, p. 352.
(3) Devergie; *Maladies de la peau*, p. 476.
(4) Haen; *Opuscula quædam inedita*. Vindobonæ, 1795, t. I, p. 274.
(5) *Biblioth. méd.*, 1825, t. VIII, p. 10.

sangsues à l'anus, un régime sévère, des bains réitérés, furent nécessaires pour modérer cette heureuse crise.

Les bains alcalins (avec carbonate de soude, 100 à 200 grammes), les onctions avec le beurre de cacao ou l'axonge, m'ont paru fréquemment utiles dans le prurit, soit général, soit local. Les bains doivent être plutôt chauds que froids ; ceux-ci paraissent soulager plus vite, mais ils sont suivis d'une réaction très-douloureuse. Les bains de vapeur ont eu de l'utilité.

On a saupoudré la partie affectée avec une poudre composée d'amidon et de carbonate, ou d'oxyde de zinc.

Les cataplasmes de riz arrosés de laudanum et d'acétate de plomb liquide, produisent du calme. Les lotions avec la solution de borate de soude ont été conseillés. Mais ces moyens sont ordinairement insuffisants. Ruan a obtenu la guérison rapide d'un prurit à la vulve par l'administration intérieure du baume de copahu ([1]), et Winternitz par des fomentations avec la solution de nitrate d'argent ([2]). J'ai employé, en pareil cas, la cautérisation avec le nitrate d'argent. La sensation fut immédiatement changée. Au prurit succéda la douleur, qui fut acceptée par la malade comme bien préférable. Des lotions avec la solution de bi-chlorure de mercure ont été quelquefois utiles.

M. Rayer a vu un prurit de la vulve accompagné, chez une femme enceinte, du développement variqueux des veines d'une grande lèvre et des membres inférieurs. Une saignée dissipa sur-le-champ le prurit ([3]).

Dans un cas de prurit presque général et fort opiniâtre, chez une femme très-irritable, j'avais épuisé la plupart des sédatifs ; le pouls offrait une très-grande fréquence. Je donnai, sur cette indication, la digitale à la dose de 5 centigrammes par jour. J'obtins non-seulement le ralentissement du pouls, mais encore la diminution successive du prurit.

Lettsom, après avoir essayé le soufre, le calomel, la ci-

([1]) *American Journal*, 1828. (*Journ. des Progrès*, t. XIII, p. 264.)

([2]) *Annales médicales de la Flandre occidentale*. (*Union médicale*, 1852, p. 154.)

([3]) *Maladies de la peau*, t. II, p. 92.

guë, etc., a constaté que rien n'était plus efficace qu'un régime féculent et rafraîchissant.

8e SECTION. — MALADIES DU DERME.

Le derme peut avoir ses affections propres; mais les autres tissus constitutifs de la peau prennent ordinairement une part plus ou moins active aux altérations dont il est le siége.

Quelques-unes des maladies rangées par Willan et Bateman dans l'ordre des tubercules appartiennent plus spécialement au derme, à cause de leur volume et de leur profondeur; mais il en est, comme le molluscum et l'acné, qui ont déjà trouvé leur place ailleurs. D'autres auront la leur dans la deuxième division des affections cutanées.

Le derme peut être le siége de productions fibreuses ou fibro-plastiques, tuberculeuses ou cancéreuses, de tumeurs du genre de celles que Willan et quelques autres médecins anglais ont rattaché au vitiligo; il peut offrir des productions variées, et même des ostéides ([1]), etc.

Le derme est essentiellement affecté dans diverses autres altérations organiques, comme le lupus et la kéloïde. On pourrait à la rigueur traiter ici de ces maladies, car le lupus peut n'être pas toujours d'origine scrofuleuse, et la kéloïde ne se rattache pas de tous points au cancer; mais c'est parmi les scrofulides pour le premier, et parmi les cancrides pour la seconde, que se trouve leur place la plus naturelle.

Les états morbides auxquels je crois devoir borner les considérations qui vont suivre sont la dermite chronique générale, la sclérodermie, l'hypertrophie cutanée et l'éléphantiasis des Arabes.

I. — DERMITE CHRONIQUE.

L'inflammation chronique de la peau peut être *partielle*, accompagnant les diverses dermatoses, leur succédant ou les

([1]) Rokitansky en a vu dans un tissu cicatriciel. (*Anat. pathol.*, trad. anglais, t. III, p. 92.)

précédant. Un épaississement notable du derme a été la suite de cet état morbide prolongé. Les exemples n'en sont pas rares, et ils ne peuvent offrir qu'un faible intérêt. Il n'en est pas de même de la *dermite chronique générale,* qui constitue une maladie peu connue, grave, à phénomènes complexes, et très-digne d'attention. Le fait le plus remarquable relatif à cette maladie a été recueilli par Metternich et Wittman, en 1810 (1). C'est un type auprès duquel viennent se ranger ceux que M. Devergie a qualifiés de *pityriasis rubra aigu* (2). Je m'empresse de reconnaître la sagacité avec laquelle M. Devergie a tracé les caractères principaux de cette affection; mais je ne peux me dispenser de faire remarquer que le titre imposé par lui en donnerait une idée fort inexacte. Il ne s'agit nullement ici d'un pityriasis tel que peut le faire comprendre la définition de ce mot; il n'existe point de desquamation furfuracée; en outre, si cette maladie présente d'abord les apparences de l'état aigu, elle devient bientôt chronique, et persiste pendant au moins plusieurs mois. Du reste, voici en peu de mots les traits les plus saillants qu'elle a présentés :

Elle ne s'est montrée que chez des adultes, après l'âge de trente-cinq à quarante ans. Elle peut survenir après plusieurs années de bonne santé ou après quelques lésions du tissu cutané, comme des ulcérations. Parfois elle a été précédée de démangeaison; elle se manifeste par une rougeur vive, foncée, comme érythémateuse ou scarlatineuse, *que la pression du doigt n'efface pas*, accompagnée d'une chaleur intense, d'un épaississement et d'une induration manifestes du derme. Ces altérations, bornées d'abord à quelques points, s'étendent progressivement à toute la superficie du corps. Bientôt on voit s'opérer un suintement abondant d'un fluide séreux, incolore, visqueux et comme gommeux, qui empèse le linge *sans le tacher,* qui se concrète et forme sans cesse des lamelles ou squames larges et non adhérentes, d'apparence épidermique. On a vu plus tard des ulcérations se creuser sur

(1) Traduit par Marc, dans *Biblioth. méd.*, 1812, t. XXXVIII, p. 272.

(2) *Maladies de la peau*, p. 264.

diverses régions, la peau exhaler une odeur infecte, les ongles s'épaissir, les cheveux tomber, quelques muqueuses s'affecter, l'affaiblissement et l'amaigrissement faire des progrès rapides.

Cette maladie, après avoir résisté à beaucoup de remèdes, a fini par décroître à la suite d'évacuations alvines mêlées de sang et d'une matière noire. Telle fut l'heureuse issue offerte par le malade de Metternich et de Wittman. Dans les deux observations rapportées par M. Devergie, la dermite s'est terminée par un pemphigus chronique.

Les préparations arsénicales sont conseillées par cet habile praticien. Je pense que les bains mucilagineux, puis astringents (décoction d'écorce de chêne), un régime analeptique, les sucs de cresson, de pissenlit, de chicorée, etc., les légers purgatifs, sont les moyens à employer contre cette maladie, dont l'histoire ne sera convenablement tracée que lorsque des faits plus nombreux pourront être réunis.

II. — SCLÉRODERMIE.

La maladie que je désigne sous le nom de *sclérodermie* ne saurait être confondue avec le sclérème aigu ; elle en diffère par l'âge des sujets, par divers symptômes importants, par la marche et le siége de l'affection. Il s'agit ici d'une induration chronique du derme, état singulier dont les exemples sont encore assez rares.

On a pensé que les anciens avaient connu cette maladie, et qu'ils l'avaient désignée sous le nom de *stegnose* (1). Mais cette expression très-vague s'appliquait à tout resserrement organique s'opposant à la libre émission des fluides ou des matières dont l'économie doit se débarrasser (2).

Lorry a consacré un chapitre à l'épaississement de la peau (3);

(1) M. Ch. Ravel a donné ce titre aux considérations historiques qu'il a présentées sur la sclérodermie. (*Journ. des Connaiss. méd.-chir.*, 1848, t. XXXI, p. 182.)

(2) Foës; *Economia Hippocratica*, p. 585.

(3) *De morbis cutaneis*, pars II^a, sect. I, cap. I, art. 1. *De crassitie substantiæ cutis aucta*, p. 482.

mais il a envisagé cette altération d'une manière générale ; il l'a présentée comme une maladie inflammatoire, coïncidant avec des phlegmasies muqueuses et faisant naître des abcès et des hydropisies. Il l'a envisagée aussi à l'état chronique, succédant à des furfures, à des lichens, et entraînant des ulcérations ; il l'a vue se produisant sous l'influence de causes locales mécaniques, chimiques, etc. Dans cet exposé, Lorry n'a présenté que de simples considérations ; il n'a point décrit une maladie déterminée, et bien qu'il ait mentionné deux exemples d'induration du derme (ceux de Diemerbroeck et de Curzio), il n'y a point découvert le type d'un état morbide spécial. Loin de m'en étonner, je trouve, au contraire, fort remarquables les rapprochements et les points de comparaison signalés par cet illustre médecin, alors que des faits plus nombreux lui manquaient.

Quelques rares observations étaient isolément consignées dans divers recueils, et la science n'en tirait aucune lumière. C'est en 1845 que M. Thirial, et en 1847 que M. Forget ont appelé, par une étude plus approfondie des malades soumis à leur examen, l'attention des pathologistes sur l'induration chronique du tissu cutané.

Vers la même époque, j'essayai de tirer quelques données des faits connus, alors en très-petit nombre ([1]). Depuis ce temps, quelques autres exemples ont été rencontrés dans les auteurs ou ultérieurement recueillis ; et il est possible, en groupant ces documents, d'obtenir une histoire plus complète de la sclérodermie.

Les faits servant de base à ces déductions ont été rapportés par Diemerbroeck ([2]), Zacutus Lusitanus ([3]), Curzio ([4]),

([1]) *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 1847, p. 537. Cette note fut reproduite dans *Revue méd.-chir.*, t. II, p. 263.

([2]) *Anatomes*, lib. VIII, cap. I ; *De nervis*, p. 502.

([3]) *De praxi med. admir.*, lib. III, Obs. C, p. 119.

([4]) Cette Observation fut recueillie à l'Hôpital des Incurables de Naples, par Curzio, en 1752, et insérée dans une lettre à l'abbé Nollet, traduite en français sous ce titre : *Dissertation anatomique et pratique sur une maladie de la peau d'une espèce fort rare et fort singulière.* Paris, 1755. — Voyez aussi *Ancien Journal*, t. I, p. 96.

Strambio [1], Letourneux [2], Stroheim [3], Fantonetti [4], MM. Thirial [5], Grisolles [6], Forget [7], Bouchut [8], Putegnat [9], Rilliet [10], Pelletier [11], Rilliet et Barthez [12], Gillette [13], Beau [14].

1° Les 21 observations dont les sources viennent d'être indiquées ont été presque toutes fournies par des individus du sexe féminin. Trois seulement l'ont été par des hommes (observations de Strambio, Bouchut et Putegnat).

2° Les malades avaient huit (Gillette, Iʳᵉ Obs.), neuf (Rilliet, VIᵉ Obs.), onze (Barthez et Rilliet), treize (Stroheim), quinze (Thirial, IIᵉ Obs.), dix-sept (Curzio), dix-huit (Beau), vingt-un (Thirial, IIᵉ Obs.), vingt-huit, (Rilliet, IIᵉ Obs.), trente (Fantonetti), trente-deux (Bouchut), trente-trois (Forget), quarante-deux (Gillette, IIᵉ Obs.), quarante-trois (Thirial, IIIᵉ Obs.), quarante-quatre (Letourneux), quarante-huit (Strambio), cinquante (Grisolles), soixante-cinq (Putegnat), soixante-six ans (Pelletier). Les malades de Diemerbroeck et de Zacutus étaient adultes; leur âge précis n'est pás indiqué. Ce résumé prouve que la sclérodermie s'est montrée dans la première enfance et dans la vieillesse, mais qu'elle est plus fréquente de vingt à cinquante ans.

(1) *Journal général*, 1817, t. LXI, p. 234.

(2) Alibert; *Nosologie naturelle*, 1817, t. I; *Sclérémie des adultes*, p. 501.

(3) *De indurata telæ cellulosæ casu quodam rariori*. Vratislaviæ, 1830, p. 16. Quoique sous un titre inexact, ce fait se rattache très-positivement à la sclérodermie.

(4) *Annali universali*, 1837, janvier, trad. dans *Presse médicale*, p. 260; et *Dublin Journ. of med. Sciences*, 1838, t. XIII, p. 158.

(5) *Du sclérème chez les adultes*. *Journ. de Méd.* de Trousseau, 1845, t. III, p. 137, 1ʳᵉ Obs., p. 142; 2ᵉ Obs., p. 162. — 3ᵉ Obs., *Union méd.*, 1847, p. 614.

(6) *Cas rare de maladie de la peau*. *Gaz. des Hôpit.*, 1847, p. 209.

(7) *Mémoire sur le chorionitis ou la sclérosténose cutanée*. *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1847, p. 200.

(8) *Gaz. méd.*, 1847, p. 771.

(9) *Journ. de Méd. de Bruxelles*, 1847, p. 790.

(10) *Revue méd.-chir.*, 1848, t. III, 1ʳᵉ Obs., p. 74; 2ᵉ Obs., p. 79.

(11) *Ibid.*, 1848, t. III, p. 81.

(12) *Maladies des enfants*, t. II, 2ᵉ Obs., p. 112.

(13) *Actes de la Soc. méd. des Hôpit. de Paris*, 3ᵉ fascicule, 1855, 1ʳᵉ Obs., p. 318; 2ᵉ Obs., p. 319.

(14) *Bullet. de la Soc. méd. des Hôpit. de Paris*, 2ᵉ série, 1854, p. 393.

3° On l'a remarquée chez des personnes bien constituées (Thirial, IIe Obs.; Gillette, Ire Obs.), même robustes (Curzio, Strambio, Grisolles, Pelletier), d'une complexion sèche (Gillette, IIe Obs.), ou faibles et lymphatiques (Stroheim, Barthez et Rilliet).

4° La menstruation, parfois régulière (Fantonetti, Letourneux), était retardée dans son apparition première (Curzio), ou avait été subitement suprimée (Thirial, Ire et IIe Obs.). La sclérodermie, dans un cas, s'est manifestée à l'âge critique (Grisolles).

5° Les maladies qui ont précédé cette lésion de la peau ne paraissaient quelquefois avoir aucun rapport avec elle; telles étaient des obstructions des viscères abdominaux (Zacutus), des fièvres intermittentes (Strambio). D'autres ont paru avoir exercé une influence plus directe, comme le rhumatisme (Forget, Pelletier), des douleurs névralgiques (Gillette, IIe Obs.), une amygdalite (Barthez et Rilliet), la sclérodermie s'étant d'abord montrée au voisinage des parties affectées. Un érythème suivi d'abcès froid ([1]), une inflammation scarlatiniforme de la peau, ont aussi précédé l'induration du derme (Fantonetti, Strambio). Enfin, l'aménorrhée et la chlorose n'ont point été étrangères à la production de la maladie dans divers cas (Thirial, Ire et IIe Obs.; Beau).

6° Quelques causes hygiéniques paraissent avoir eu une action réelle; c'est surtout le froid et l'humidité (Letourneux, Bouchut, Putegnat, Thirial, IIIe Obs.). Ces causes doivent être plus puissantes si le sujet avait été d'abord exposé à une température élevée.

7° On a vu la sclérodermie se montrer d'abord sur des parties qui avaient été soumises à des pressions et à des contusions (Rilliet, IIe Obs.)

8° L'invasion de la maladie s'est rarement opérée avec rapidité (Bouchut). Elle a eu lieu le plus souvent d'une manière très-lente et presque insensible.

([1]) C'est au bras droit que cette phlegmasie chronique eut lieu, et, quelque temps après, la sclérodermie apparut à la peau du crâne. (Stroheim.)

9° La rigidité, la dureté du derme, ont commencé diversement : par le cou (Thirial, Ire, IIe et IIIe Obs. ; Gillette, Ire Obs.; Rilliet et Barthez); par la face (Curzio); par le cuir chevelu (Stroheim); par l'épigastre (Rilliet, Ire Obs.); par le bras (Gillette, IIe Obs.); par le pli du bras (Grisolles), ou l'avant-bras (Rilliet, IIe Obs.); par les doigts (Putegnat); enfin, par une jambe (Pelletier).

10° De ces points la maladie s'est étendue à presque tout le corps (Curzio, Rilliet, Ire Obs.; Stroheim), ou au cercle supérieur (Thirial, Ire Obs., IIe Obs.; Letourneux, Gillette, IIe Obs.), rarement jusqu'à la partie inférieure de l'abdomen (Putegnat) et aux organes génitaux; quelquefois elle s'est bornée à un membre (Rilliet, IIe Obs., membre supérieur droit).

11° Son intensité n'était pas égale sur tous les points. Elle a été plus marquée quelquefois au côté externe des membres (Gillette, IIe Obs.), au niveau des articulations (Forget, Pelletier), au cou, au front (Curzio), aux mamelles (Thirial, IIe Obs.), à la partie postérieure du tronc et des membres (Rilliet et Barthez). Dans un cas, elle s'arrêtait à certaines limites, autour de la face, en laissant libres la plupart des traits, et au moignon de l'épaule, pour reparaître à l'avant-bras et cesser au poignet (Thirial, IIIe Obs.).

12° Le premier sentiment éprouvé par le malade était celui d'une roideur particulière, d'où résultait de la gêne dans les mouvements.

13° La peau ne tardait pas à devenir dure, résistante à la pression des doigts, ne se laissant pénétrer qu'avec peine par la pointe d'une aiguille (Fantonetti, Rilliet, IIe Obs.), ployant ou émoussant la pointe d'une lancette (Curzio).

14° Loin d'être épaissie, la peau semblait plutôt amincie et rendue presque friable (Pelletier, Putegnat); quelquefois cependant elle a paru un peu tuméfiée ou du moins soulevée (Thirial, IIIe Obs. ; Gillette, IIe Obs.). Dans un cas remarquable, celle des seins semblait distendue par un fluide aériforme; elle donnait par la percussion un son clair et sec (Gillette,

IIe Obs.); c'était le son thoracique qu'on entendait en même temps que le bruit d'un corps dur et fortement tendu. Une légère ponction ne fit sortir aucun gaz.

15° Le resserrement du tissu de la peau en a fait disparaître les plicatures anciennes, même celles de l'abdomen chez des femmes qui avaient eu plusieurs enfants (Pelletier). Il est impossible ou très-difficile de faire froncer la peau indurée, de lui imprimer le plus léger pli. Les joues sont déprimées, la bouche s'ouvre avec peine (Stroheim). La compression qui résulte du resserrement cutané gêne la circulation du sang. Elle a produit la tuméfaction de la face, bien que celle-ci ne fût pas indurée (Zacutus), et celle des doigts restés libres (Thirial, IIIe Obs.); de même la pression exercée par la peau de la mamelle faisait saillir l'auréole et le mamelon non indurés (Fantonetti). L'induration du scrotum et de la peau du pénis a rendu les érections très-douloureuses (Bouchut). La réplétion de l'estomac, après le repas, augmentait la gêne de l'abdomen, tendu et resserré (Curzio). Ce resserrement, propagé à une assez grande étendue de la peau, faisait paraître le sujet amaigri (Forget). Il semblait comme enfermé dans un corset trop étroit (Thirial, IIIe Obs.), ou dans une enveloppe de carton (Gillette, IIe Obs.), ou dans un étui pareil à celui des coléoptères (Gillette, Ire Obs.).

16° La couleur des parties atteintes a présenté des changements sensibles. Quelquefois la peau était pâle, décolorée (Bouchut, Rilliet, Ire Obs.; Thirial, Ire Obs.; Gillette, Ire Obs.) ou d'un blanc jaunâtre (Stroheim); d'autres fois d'un gris jaune (Pelletier), ou elle était brune (Fantonetti, Forget, Putegnat, Grisolles) et parsemée de taches blanches (Fantonetti) ou de plaques comme érythémateuses (Thirial, Ire Obs.; Gillette, Ire Obs.).

Cette diversité de couleur et d'aspect a fait comparer la peau dans la sclérodermie, par les uns, à celle d'un cadavre gelé, à de la cire (Thirial, Ire Obs.; Bouchut, Rilliet, Ire Obs.; Stroheim), à de la pierre (Thirial, IIe Obs.), à du marbre (Letourneux, Bouchut); par d'autres, à la peau d'une tête hu

maine desséchée (Forget), à une écorce d'arbre (Zacutus), à du cuir (Curzio), à de la basane (Putegnat), à du parchemin (Strambio), à une peau de tambour (Diemerbroeck), à une couche de gutta-percha (Gillette, Ire Obs.).

Ces comparaisons n'étaient pas inutiles à rappeler, parce qu'elles donnent une idée des impressions reçues par les divers observateurs. Nous devons en déduire avec M. Thirial que la sclérodermie peut offrir deux variétés, l'une laissant la peau blanche ou même la décolorant, l'autre lui donnant une coloration brune plus ou moins foncée. Ce dernier aspect peut tenir, selon le même médecin, à l'ancienneté de l'affection (1).

17° La chaleur de la peau est restée normale (Fantonetti, Thirial, Ire et IIIe Obs.; Grisolles, Bouchut, Rilliet, IIe Obs.; Gillette, IIe Obs.), ou elle a paru plus ou moins notablement diminuée (Curzio, Diemerbroech, Stroheim, Pelletier.)

18° La perspiration a continué à se faire sur les parties de la peau qui étaient affectées (Grisolles, Bouchut, Thirial, IIe Obs.), ou elle a été très-diminuée (Gillette, IIe Obs.), ou elle a paru à peu près nulle (Fantonetti, Putegnat, Pelletier).

19° La sensibilité des parties affectées de sclérodermie était conservée dans son état ordinaire (Curzio, Thirial, Ire, IIe et IIIe Obs.; Grisolles, Bouchut), obtuse (Diemerbroeck, Rilliet, IIe Obs.), ou excitée par la pénible tension des téguments (Fantonetti).

20° La mobilité était extrêmement gênée (Strambio, Grisolles, Gillette, IIe Obs.). Quelques malades étaient retenus presque entièrement immobiles (Zacutus, Fantonetti, Putegnat, Letourneux). Quand l'induration occupait la face, le rire ne pouvait s'effectuer (Thirial, Ire Obs.). Les paupières ne découvraient l'œil qu'avec peine ou qu'imparfaitement (Curzio, Gillette, IIe Obs.). L'abaissement de la mâchoire inférieure était restreint et la mastication fort difficile (Curzio, Bouchut). L'induration et le resserrement de la peau du cou empêchant les mouvements du larynx, rendaient la déglutition pénible

(1) *Union Méd.*, 1847, p. 615.

(Curzio, Thirial, IIe Obs.). La voix était quelquefois voilée et rauque (Gillette, IIe Obs.), et la prononciation embarrassée (Curzio, Thirial, Ire Obs.). Alors, il est vrai, on a constaté non-seulement l'induration des lèvres, des joues, mais encore celle de la langue elle-même (Curzio, Rilliet, Ire Obs.).

21° Malgré ces différents troubles, presque tous purement superficiels, diverses fonctions intérieures se remplissaient d'une manière normale. Les digestions étaient régulières, les urines plus ou moins abondantes, naturelles et sans albumine (Gillette, IIe Obs.; Rilliet, etc.). La respiration paraissait assez libre, cependant on a plusieurs fois noté une petite toux qui annonçait une certaine gêne (Thirial, Ire Obs.; Forget, Putegnat, Gillette, Ire Obs.). Le pouls a été trouvé profond (Curzio), imperceptible (Letourneux), serré (Forget), dur (Putegnat) et accéléré (Rilliet, Ire Obs.), ou fort lent (Gillette, IIe Obs.). Enfin, la nutrition a paru plusieurs fois troublée, et le malade maigrissait malgré l'ingestion d'une quantité d'aliments assez considérable (Putegnat, Pelletier).

22° La durée de la sclérodermie n'a été que de trois (Thirial, IIIe Obs.; Bouchut, Rilliet, Ire Obs.; Fantonetti), quatre (Curzio), cinq (Strambio, Gillette, IIe Obs.), six (Gillette, Ire Obs.) et neuf mois (Thirial, IIe Obs.), chez quelques sujets, qui ont guéri. L'amélioration s'est d'autres fois effectuée au bout de deux ans (Grisolles, Barthez et Rilliet). Elle a eu lieu par l'apparition ou le retour des règles (Curzio, Thirial, IIe Obs.), et une fois par le développement d'une hydrargyrie (Strambio). Après avoir duré deux années (Stroheim) ou un temps beaucoup plus long (Pelletier), la sclérodermie s'est terminée par la mort (1). Plusieurs fois les médecins ont perdu de vue les sujets, et n'ont pu connaître l'issue de la maladie.

23° De nombreux moyens ont été employés contre la sclérodermie. On a eu recours aux émissions sanguines, lesquelles n'ont paru utiles que dans les cas de pléthore et de suppression

(1) L'observation de Strobeim est suivie de l'examen cadavérique. Poumon gauche dur, compacte, adhérent, comme atrophié; estomac et intestins enflammés; pas de détails sur l'état de la peau et du tissu cellulaire.

du flux menstruel (Thirial, IIe Obs.). Plusieurs sortes de bains ont été essayées. Les bains de vapeur l'ont été par plusieurs avec assez d'avantages (Curzio, Fantonetti, Gillette, IIe Obs.). Les bains alcalins se sont montrés efficaces (Thirial, IIe Obs.), ainsi que les bains avec la solution de 125 grammes de sulfate de fer (Gillette, Ire Obs.), et les bains avec la décoction de ciguë (Fantonetti)

Parmi les médicaments internes, ceux dont on a fait usage de préférence ont été les sudorifiques et les mercuriaux, spécialement le calomel (Strambio). Quelques autres moyens ont été essayés sans succès : tels sont la teinture d'iode, l'iodure de potassium, le kermès minéral, l'hydrothérapie, etc.

Tel est la résumé succinct, mais assez complet, des observations publiées sur la sclérodermie.

Cette maladie consiste évidemment en une modification spéciale du derme, laquelle n'est ni une inflammation, ni une altération profonde de la texture cutanée.

Ce n'est pas une inflammation; car, excepté dans deux cas, elle n'a point débuté par les phénomènes propres à cet état : l'inflammation développe et ramollit plutôt qu'elle ne condense les tissus.

Ce n'est pas non plus une de ces altérations de texture qui ne permettent plus aux organes de reprendre leur état premier, car nous avons vu la maladie guérir au bout de quelques mois.

Ce n'est point une hypertrophie du tissu cutané, puisque, en général, les parties affectées semblaient plutôt resserrées et diminuées de volume qu'épaissies et tuméfiées.

Ce resserrement forme un caractère important et qui distingue la sclérodermie de l'induration chronique du tissu cellulaire, laquelle s'accompagne d'une augmentation de volume des parties affectées. Le fait suivant peut donner une idée de ce dernier état morbide, d'ailleurs fort rare :

Un enfant de six ans, bien portant, ayant passé une journée du mois d'août à s'amuser sur le bord d'une rivière, dans un bateau, fut saisi le soir par un air très-frais. Il survint de la fièvre et une rigidité marquée du cou. Cette roideur gagna

de proche en proche, et deux mois après il existait une tuméfaction générale : la peau était d'un blanc-jaunâtre, froide et tendue; la pression du doigt rencontrait une grande dureté et ne laissait aucune trace; la face, le cou, les fesses, le côté externe des membres, offraient ces caractères à un haut degré; les mouvements de la mâchoire et des genoux étaient gênés. Wagner conseilla l'infusion de sureau, le vin émétique, les bains, sans succès. Des frictions avec une flanelle imprégnée de vapeurs de mastic et de baies de genièvre furent plus utiles. Le calomel eut de bons résultats. Les bains savonneux et sulfureux amenèrent la résolution entière de cette induration du tissu cellulaire [1].

Il est un autre état morbide qui semblerait devoir se rattacher à la sclérodermie : c'est celui que les Allemands ont appelé *cutis chronica tensa*. Ils ont reconnu que cette maladie, observée chez les très-jeunes sujets, était une des formes sous lesquelles se cache la diathèse syphilitique héréditaire.

III. — HYPERTROPHIE DU DERME.

L'hypertrophie du derme entraîne le développement de la peau, soit dans le sens de la largeur, soit dans celui de l'épaisseur.

Le développement dans le premier sens donne lieu à des tumeurs amples, flasques, mobiles, à larges plicatures. Le second produit des tumeurs moins étendues, sans flaccidité ni plicatures.

I. Les exemples du premier genre sont assez remarquables. Alibert en a présenté quelques-uns sous le titre de *dermatolysie*. Il mentionne d'abord un berger des environs de Gisors dont le front, les tempes, la face, étaient presque entièrement cachés sous une multitude de plis lâches et flottants, de couleur rosée [2]. Sur le vertex existaient des espèces de bosselures.

(1) Baermann; *De tela cellularis induratione*. Berolini, 1825, p. 15.

(2) Alibert en a donné la figure dans sa *Monographie des dermatoses*, p. 797.

Un autre exemple, dû encore à Alibert, est celui d'un homme de soixante-deux ans, qui, vers l'âge de la puberté, présenta derrière l'oreille gauche un allongement successif de la peau descendant jusqu'à la poitrine pour former une large tumeur triangulaire.

M. J. Adam a rapporté l'observation d'un Indien dont la peau, représentant une sorte de large poche sous l'oreille droite, descendait jusqu'au niveau du grand pectoral. Cette tumeur était partagée en deux parties par une ligne longitudinale; la plus volumineuse était en arrière; sa longueur était d'un pied, et son épaisseur de trois pouces. Cette tumeur formait une masse noirâtre, sans élasticité, de sensibilité ordinaire, renfermant quelques points indurés. Sur le front et la face existaient en outre plusieurs saillies tuberculeuses, arrondies et sans pédicule. Cette maladie avait commencé à l'âge de douze ans; le sujet en avait vingt-deux lorsqu'il fut observé (1).

Le même observateur a donné un second exemple d'hypertrophie cutanée, développée sur la cuisse d'un Bengalien âgé de seize ans. Les parties antérieure, externe et interne de la cuisse gauche, étaient embrassées par une large enveloppe cutanée, formant de nombreuses plicatures pendantes, et analogues pour la couleur et les rugosités, à la peau du scrotum. Cette expansion cutanée avait une température plus élevée que le reste du corps. Cette affection remontait à une époque voisine de la naissance. Elle avait commencé par une petite tumeur qui s'était abscédée. Bientôt après, la peau avait pris un accroissement rapide (2).

M. Marchand, de Nantes, a donné l'observation d'un individu qui, vers l'âge de quatorze ans, eut derrière l'oreille gauche une petite tumeur qui s'accrut successivement jusqu'à vingt ans, qui, alors, gagna le sourcil, et plus tard descendit comme une draperie sur le visage et sur le cou. Ce large repli cutané avait conservé sa couleur, sa souplesse, sa sensibilité ordinaires. La main rencontrait sur le crâne des bos-

(1) *Transactions of the Med. and Physical Society of Calcutta*, t. I, p. 299.
(2) *Ibid.*, t. IV, p. 339.

selures, dont l'observateur place le siége dans la substance des os [1].

M. Robert a présenté un exemple d'hypertrophie siégeant au cuir chevelu chez une fille de dix-huit ans. Des plicatures larges et arrondies marquaient de leurs contours l'extérieur du crâne. On pouvait saisir à pleines mains ces sortes de circonvolutions, qui semblaient détachées des surfaces osseuses. Un long et large lambeau fut enlevé et permit à cette sorte de coiffe d'effacer ses replis et ses anfractuosités [2].

Deux exemples fort analogues ont été rapportés par M. Ph. Ricord, sous le nom d'*éléphantiasis du cuir chevelu;* ils consistaient, le second surtout, observé sur un homme de trente ans, en une simple hypertrophie du cuir chevelu [3].

Enfin, M. Houel a montré à la Société anatomique un fœtus d'environ six mois, dont la peau formait de larges replis flottants, sur le cou, sur la tête, sur le tronc et les membres [4].

Il est presque inutile de faire remarquer qu'avec l'hypertrophie du derme coïncide celle de l'épiderme, du corps muqueux, de la couche pigmentaire. Celle-ci avait pris, dans l'un des faits qui précèdent, un accroissement très-notable.

Il ne faut pas confondre avec ces hypertrophies cutanées, phénomènes morbides actifs, les distensions passives, comme celles des téguments de l'abdomen dans la grossesse, dans l'ascite, dans l'excessif embonpoint. La cessation de la cause mécanique qui a mis en jeu l'extensibilité de la peau, laisse cet organe mou et flasque, à moins que, doué d'une force tonique suffisante, il ne revienne bientôt à ses premières dimensions.

II. L'hypertrophie de la peau, dans le sens de l'épaisseur, produit des tumeurs plus ou moins larges ou saillantes.

Ces tumeurs peuvent succéder à des exanthèmes aigus. Une jeune personne de dix-neuf ans, des Etats-Unis d'Amérique,

(1) *Journ. de la Soc. acad. de Nantes*, 1837. (*Revue méd.*, 1837, t. II. p. 93.)
(2) *Expérience*, t. XI, p. 382.
(3) *Revue méd.*, 1826, t. I, p. 15.
(4) *Bullet. de la Soc. anat.*, 1850, p. 149.

ayant eu un violent érysipèle à la face trois ans auparavant, avait conservé une tuméfaction hideuse de la peau des lèvres et du nez. Il n'y avait ni douleur ni chaleur, mais une teinte livide et un sentiment intérieur de reptation. Cette peau hypertrophiée se gerçait par l'action du froid. Le gonflement augmentait à l'approche des règles. Après avoir employé beaucoup de médicaments, cette jeune personne, décidée à se rendre en Europe, s'adressa cependant à M. William Detmold, qui prescrivit des applications successives de sangsues, la glace, la compression, les purgatifs et surtout un régime très-sévère, avec abstinence complète d'aliments tirés du règne animal. Ce traitement obtint un plein succès ([1]).

La peau présente des exemples nombreux d'hypertrophie partielle. Il est fréquent d'en observer aux grandes lèvres des vieilles prostituées. Ces replis forment comme deux espèces d'épais bourrelets, sans squames ni tubercules. Les petites lèvres s'hypertrophient quelquefois sans ulcération, mais avec quelques développements fibro-cartilagineux ([2]). Dans les pays chauds, chez les Hottentots et dans le nord de l'Afrique, l'hypertrophie des nymphes est fréquente.

Les téguments des membres inférieurs offrent des exemples d'épaississement vers les parties les plus déclives, et surtout quand des ulcérations ou des inflammations se sont répétées aux jambes. Dans ces divers cas, l'hypertrophie s'étend au tissu sous-cutané, dont les lames deviennent fermes et presque fibreuses.

IV. — ÉLÉPHANTIASIS DES ARABES.

Une confusion fâcheuse est résultée de l'emploi du mot *éléphantiasis*. Déjà mis en usage par Aretée pour désigner une maladie qui sera décrite dans une autre partie de ce volume, il a été employé par les médecins arabes pour indiquer celle dont il est question dans ce chapitre; de là l'obligation de spécifier sans cesse le genre d'éléphantiasis dont on entend parler.

([1]) *New-York Journal of Medicine*, 1844, July, p. 38.
([2]) Nélaton; *Gaz. des Hôpit.*, 1854, p. 117.

Quelques auteurs ont voulu échapper à cette nécessité en introduisant dans la science des noms plus significatifs. Mason Good a créé celui de *bucnemia* (1), oubliant que les jambes ne sont pas le siége exclusif de la maladie. Fuchs s'est servi du mot *pachydermia* (2), en empruntant à la famille zoologique, dont la peau semble représentée par l'éléphantiasis, le nom qu'il attribue à cette affection. Mais l'usage n'a consacré ni l'une ni l'autre de ces dénominations.

L'éléphantiasis des Arabes est une hypertrophie considérable du derme, formant, sur une partie déterminée, une large intumescence, avec saillies inégales et consistantes à sa surface externe, et avec induration des tissus cellulaire et adipeux sous-cutanés.

a. — Historique. — Inconnue des médecins grecs et romains, cette maladie fut signalée par Rhazès (3) et par quelques autres médecins arabes, qui tirèrent son nom de la comparaison des jambes des malades avec celles de l'éléphant. C'est en Perse que ces médecins l'avaient observée. Elle le fut six siècles après, en Égypte, par Prosper Alpin (4); et y fut retrouvée pendant la célèbre expédition de 1798 par les médecins français Desgenettes (5), Larrey (6), Savaresi, L. Frank, etc. Elle a été, plus récemment encore, observée par MM. Clot-bey (7), Gaetani-bey (8), Pruner (9), qui en ont fait la matière de plusieurs communications importantes. M. Chabassy, élève de l'École d'Abou-Zabel, a choisi pour sujet de thèse (10) cette ma-

(1) Βου, *gros*, κνημη, *jambe*. (*The study of Medicine*. London, 1825, t. II, p. 583.)

(2) Fuchs place la pachydermie à côté de l'ichthyose, et en forme les léproïdes ou lèpres incomplètes, ordre 17e des *Dermapostases spécifiques*. (*Die Krankhaften, etc*. Gœttingue, 1740.)

(3) Rhazès; *Cum serapio, Averrhoës*, Ed. Gerg. Frank, 1533. (Alard; *Hist. d'une maladie part. au syst. lymph.*, 1809, p. 106.)

(4) *Medicina Egyptiorum*, lib. I, p. 56.

(5) *Histoire médicale de l'armée d'Orient*.

(6) *Relation hist. et chirurg. de l'expédition d'Égypte;* et *Campagnes*, t. II, p. 122.

(7) *Gaz. des Hôpit.*, 1833, p. 388, etc.

(8) *Bullet. semestriel de la Soc. roy. de Méd. de Marseille*, 1840, p. 61.

(9) *Ibid*., p. 89.

(10) *Essai sur l'éléphantiasis des Arabes*. Paris, 1837, n° 388.

ladie, comme très-fréquente dans les lieux où il se proposait d'aller exercer.

Les habitants du Malabar, du Japon, de Ceylan, étaient de temps immémorial exposés à des intumescences considérables, apparaissant sous des formes et dans des parties diverses, mais se rattachant évidemment à l'éléphantiasis des Arabes. Kœmpfer en constata l'existence au commencement du XVIIIe siècle [1].

L'une des Antilles, la Barbade, offrait également dès l'année 1704 de nombreux exemples d'éléphantiasis des Arabes. Les observations de Town [2], de Hillary [3], celles surtout de Hendy [4], firent mieux connaître cette maladie, à laquelle on donna la dénomination de *jambe de Barbade*.

En Europe, la province des Asturies présentait au siècle dernier beaucoup de cas d'éléphantiasis des Arabes, que Casal et Thiéry [5] ont décrits comme une espèce de lèpre.

Des faits relatifs à cette maladie avaient été recueillis en Hollande par Forestus [6], en Allemagne par divers observateurs [7], principalement par Camerarius [8]. Mais il faut franchir un long intervalle pour arriver à une époque où l'éléphantiasis des Arabes sera mieux étudié, mieux connu et plus exactement distingué des autres affections qui s'en rapprochent plus ou moins. Je dois même faire remarquer qu'en 1800

(1) *Amœnitates exoticæ*, p. 557, fasc. 3, Obs. VIII. Les deux maladies se rattachant à l'éléphantiasis, observées par Kœmpfer à Cochin, sont appelées, l'une *andrum* ou *hydrocèle endémique*, l'autre *périal* ou *pied fébricitant*.

(2) *A treatise on a disorder very frequent in the west indies and particularly in the Barbadoes island*. London, 1726, p. 184.

(3) *Obs. on the changes of the air and the concomittent epidemical diseases in the island of Barbadoes*. London, 1750.

(4) *A treatise on the glandular diseases of Barbadoes*. London, 1784. Traduit par Alard, dans *Mém. de la Soc. méd. d'Émulat.*, t. IV, p. 44.

(5) *Observ. de Physique et de Médecine faites en différents lieux de l'Espagne*. Paris, 1791, t. II, p. 131; 3e espèce de lèpre.

(6) Lib. XXIX, Obs. 26. — *Obs. chir.*, lib. IV, Obs. 7, 8.

(7) *Ephem. nat. cur.*, dec. III, an. 2, p. 71, 1694. — *Ibid.*, an. 8, p. 1, 1695, etc. — Hoffmann; *Opera*, t. IV, p. 419, 188.

(8) Camerarius et Laitemberger; *Historia pedis tumidi*. Tubingæ, 1720. Cette Observation présente les traits les plus caractéristiques et les plus complets de l'éléphantiasis des Arabes, signalant l'influence de l'érysipèle et de la fièvre sur la production de la maladie, et donnant des détails nécroscopiques fort exacts.

cette maladie était encore désignée sous le nom de *lèpre* (1), et qu'Allard, au moment de publier son excellente monographie, hésita sur le titre qu'il devait lui donner; du moins il en adopta deux différents à trois ans d'intervalle (2).

Mais bientôt les observations commencèrent à se multiplier. On a vu successivement paraître celles de Revolat (3), de Desmarquoy et Pihorel (4), de Lasserre (5), de Chevalier (6), de MM. Bouillaud (7), Andral (8), Rayer et Gaide (9), de Leroux (10), de Hull (11), de Fraser (12), des professeurs Chelius (13) et Nœgele (14), de Biett (15), de Fabre (16), de Lemasson (17), de Jobit (18), de Marchand (19), de Morrison (20), de M. Cazenave (21), de MM. Rayer et Hervieux (22).

Quelques dissertations inaugurales ont offert des faits im-

(1) Alefeld; *Lepræ historiam succintam et binas leprosorum nuper observatorum historias complexa*. Giessæ, 1800, p. 32.

(2) *Histoire d'une maladie particulière au système lymphatique, fréquente quoique méconnue jusqu'à ce jour*. Paris, 1806 — *Histoire de l'éléphantiasis des Arabes*. Paris, 1809. — *Nouvelles Observations sur l'éléphantiasis des Arabes*. Paris, 1811. — Voyez aussi *Mém. de la Soc. méd. d'Émulat.*, t. IV, p. 44; — et *Bullet. de la Soc. méd. d'Émulat.*, t. VII, p. 289.

(3) *Bullet. de la Soc. de l'École de Méd*, 1810, p. 13.

(4) *Journal universel*, t. VII, p. 235.

(5) *Annales de la Médecine physiologique*, t. I, p. 19.

(6) *History of an extraordinary enlargement of the right lower extremity. Medico-chir Transact.*, t. II, p. 63.

(7) *Archives*, t. VI, p. 567.

(8) *Ibid.*, t. XIII, p. 442. (Communication faite à l'Académie de Médecine, séance du 6 février 1827.)

(9) Deux Observations : *Archives*, t. XVII, p. 533.

(10) *Cours sur les généralités de la Médecine pratique*. Paris, 1825, t. I, p. 271.

(11) *A case of eleph. Arabum. Edinb. Med. and Surg. Journ.*, t. XXIX, p. 31.

(12) *Medico-chirurg. Review*. London, 1827. (*Journ. des Progrès*, t. V, p. 245.)

(13) *Journ. des Progrès*, t. IX, p. 246.

(14) *Archives*, t. XIII, p. 431.

(15) *Journal hebdomadaire*, 1830, t. VII, p. 434.

(16) *Revue méd.*, 1830, t. IV, p. 29.

(17) *Journal hebdomad.*, 1831, t. IV, p. 409.

(18) *Journ. de la Soc. de Méd. de Bordeaux*, 1830, p. 32.

(19) *Journ. de la Soc. de Méd. de la Loire-Inférieure*. (*Gaz. méd.*, t. V, p. 262.)

(20) *Dublin Journ. of med. Sciences*. (*Gaz. méd.*, t. VI, p. 328.)

(21) *Annales des maladies de la peau*, t. I, p. 24; t. III, p. 212.

(22) *Gaz. des Hôpit.*, 1847, p. 105.

portants ; telles sont celles de Hille (1), de Martini (2), de Matthes (3), de Nahke (4), de Sinz (5).

Des remarques plus récentes ont été communiquées par M. Mazaé Azéma (6), médecin de l'île de la Réunion.

Les observations dont je viens d'indiquer les sources se rapportent à l'éléphantiasis des Arabes, considéré dans son lieu d'élection principal, c'est-à-dire aux membres inférieurs; mais il a été vu dans d'autres régions par Gœmelius, Ludolf, Kennedy, Davidson, Pierquin, Heyfelder, Wiedel, Redlich, etc. Leurs observations seront plus particulièrement indiquées à l'occasion des variétés de siége de l'éléphantiasis des Arabes.

J'ai vu plusieurs fois cette maladie. Les faits suivants la présentent sous des aspects différents et assez dignes d'attention.

Ire Observation. — M. R..., de Mas (Lot-et-Garonne), âgé de trente-neuf ans, vint me consulter le 30 septembre 1825. Il avait eu autrefois quelques symptômes syphilitiques, contre lesquels un traitement mercuriel et sudorifique avait été dirigé avec succès. Il usait d'un régime un peu stimulant et menait une vie sédentaire. En 1820, il survint à ses deux jambes une rougeur érysipélateuse, avec gonflement. Cet état se répéta souvent, les jambes devinrent très-douloureuses; et il s'y forma des saillies dures, comme des nodosités, qui suivaient une direction longitudinale, et se trouvaient principalement sur les côtés internes et externes. Ces engorgements furent diminués en 1823, après un voyage aux eaux d'Ax; mais les attaques érysipélateuses se répétèrent et les jambes acquirent un volume considérable. Elles offraient une intumescence parsemée d'inégalités, de tubérosités saillantes, recouvertes par un épiderme rugueux et écailleux. Les veines des pieds étaient apparentes, sans être variqueuses. Il existait, en outre, chez ce malade, de la dyspnée, un sentiment de pression à l'épigastre, de tension de l'abdomen; le pouls était habituellement un peu fréquent; il y avait eu à plusieurs reprises des accès de fièvre intermittente. L'examen de l'abdomen permit de constater une légère fluctuation. Je considérai

(1) *Diss. rarioris morbi elephantiasi partiali similis historiam sistens*. Lipsiæ, 1828.

(2) *Diss. rariorem erysipelatis exitum elephantiasin simulantem sistens*. Lipsiæ, 1828. Malgré ce titre, il s'agit d'un véritable éléphantiasis.

(3) *De rariore quodam casu elephantiasis speciem exhibente*. Halæ, 1836.

(4) *Tractatus brevis de elephantiasi arabica, adnexis morbi historiis quatuor*. Pragæ, 1839.

(5) *De elephantiasi Arabum*. Turici, 1842.

(6) *Gaz. méd.*, 1858, p. 22.

cette maladie comme complexe. Indépendamment de l'éléphantiasis des jambes, je soupçonnai une lésion des viscères abdominaux, dont l'épanchement péritonéal commençant donnait un indice positif. Le traitement conseillé consista principalement en l'usage des sucs apéritifs, des boissons délayantes, de l'eau de Vichy, des purgatifs, de la digitale, de temps à autre l'application des sangsues à l'anus.

IIe Obs. — Mlle de G..., âgée de vingt-six ans, appartenant à l'une des premières familles de la province de Pampelune, a toujours été entourée des soins les plus attentifs. Sa mère a joui d'une très-bonne santé. Son père était mort accidentellement. Une sœur était de constitution frêle, mais n'avait jamais été malade. Elle-même paraissait bien portante, ayant beaucoup de vivacité, de gaieté, une coloration animée aux pommettes, avec une peau très-blanche et des cheveux noirs. Sa taille était moyenne et bien prise; elle n'offrait ni maigreur, ni embonpoint, ni aucun indice de prédominance lymphatique; mais presque toutes ses dents étaient cariées. Ses diverses fonctions s'exécutaient de la manière la plus régulière. A l'âge de six ans, elle fit une chute d'un lieu élevé. Il n'en résulta immédiatement aucune suite fâcheuse; mais quelques années après, Mlle de G... sentit des douleurs, et plus tard eut une inflammation vive à la jambe et au pied droits; il survint une large tumeur au-devant de l'articulation tibio-tarsienne; il s'y produisit une ulcération. Le pied prit l'habitude de se tenir relevé, de sorte que le talon servait seul à la station et à la progression. Pendant plusieurs années, cet état fut stationnaire; mais il s'aggrava de temps à autre, et entraîna des changements considérables dans la disposition du pied et de la jambe. Le talon qui formait un angle aigu était devenu large et calleux, la plante du pied convexe; les orteils avaient changé de direction, les deuxième et troisième, les quatrième et cinquième étaient rapprochés et comme disposés par paires. Tout le pied, qui était resté court, avait acquis une grosseur considérable, ainsi que la moitié inférieure de la jambe. On y distinguait des bosselures considérables, des saillies inégales. L'épiderme était rugueux, fendillé. Par des sillons profonds suintait un fluide ichoreux; en outre, il existait sur divers points des ulcérations et des espèces de végétations. Des perforations étroites semblaient traverser l'épaisseur du derme. Ces diverses parties se couvraient rapidement de croûtes épaisses d'une couleur grise-jaunâtre. Le membre malade exhalait l'odeur la plus infecte; il humectait chaque jour une grande quantité de linge. Enfin, le genou présentait quelques plaques rouges, un peu saillantes et couvertes de croûtes. Mlle de G.... avait subi des traitements variés et infructueux à Pampelune, à Saint-Sébastien, à Madrid. Les sulfureux, les préparations d'iode, d'arsenic, etc., avaient été plutôt nuisibles qu'uti-

les. On avait proposé l'amputation, ressource désespérante à laquelle la malade n'avait pas voulu consentir. Pendant les quatre ou cinq mois que Mlle de G... passa à Bordeaux, je mis en usage les moyens suivants : des applications fréquentes de poudre de Vienne ou des cautérisations avec l'azotate d'argent firent tomber les végétations et modifièrent les points ulcérés, que recouvraient habituellement des gâteaux de charpie sèche; des bains de jambes étaient pris régulièrement avec une forte décoction de suie. Il y eut un changement d'aspect satisfaisant, et une modification de l'odeur, que n'avait en rien diminué le chlorure de chaux. Le pied et la jambe furent soumis à une compression méthodique, à l'aide non-seulement de bandes, mais encore de plaques de carton et de bois. Les ulcérations guérirent, des cicatrices assez solides s'étaient établies. Le volume total du pied et de la jambe avait notablement diminué, mais on distinguait toujours des espèces de fissures ayant de 2 à 6 millimètres de largeur, d'où suintait encore un liquide séro-purulent d'un jaune-grisâtre. La marche était devenue de plus en plus facile. Lorsque cette amélioration fut obtenue, la famille de Mlle de G... désira rentrer dans ses foyers.

IIIe Obs. — Anne Brusseau, âgée de trente-sept ans, de Tauriac (Gironde), entrée le 25 septembre 1854 à l'hôpital Saint-André, est d'une forte constitution, d'une taille élevée, d'un tempérament sanguin. Ses cheveux sont noirs et sa peau brune. Elle travaille à la terre; elle a quatre enfants, le dernier est âgé de trois ans. Elle est régulièrement menstruée et ne rapporte aucune preuve d'influence héréditaire. Depuis treize ans, pendant ses grossesses et l'allaitement qui leur succédait, cette femme a été atteinte d'érysipèles nombreux aux deux jambes, et quelquefois à la face. Ces érysipèles duraient près d'un mois et ne laissaient que huit ou quinze jours d'intervalle. A l'époque de la dernière grossesse, les érysipèles furent d'une durée moindre, mais ils revenaient deux fois par mois. Pendant ce temps, les jambes et surtout la gauche grossissaient. La marche était un peu difficile, mais les fonctions s'exécutaient bien. On employa des pédiluves émollients et diverses pommades pour combattre cette affection, mais elle n'en fit pas moins des progrès. Toutefois, il y avait deux ans que les érysipèles n'avaient pas reparu lorsque la malade vint à l'hôpital. Elle avait une coloration normale; elle ne paraissait point amaigrie; son pouls était régulier et sans fréquence. Ses membres inférieurs offraient l'état suivant : le droit présentait, depuis le genou jusqu'au pied, une augmentation progressive de volume. Le pied était lui-même très-tuméfié. Il était parsemé, comme la partie inférieure de la jambe, de saillies arrondies inégales, mamelonnées ou allongées et aplaties, séparées par de nombreux sillons diversement dirigés et plus ou moins profonds.

Plusieurs de ces saillies formaient des espèces de groupes. Toutes avaient une couleur légèrement rougeâtre. Cette altération s'étendait sur la surface dorsale des orteils, qui étaient élargis et déformés. Toutes ces parties résistaient à la pression. Les excroissances étaient elles-mêmes consistantes. La jambe gauche était plus volumineuse que dans l'état ordinaire, mais elle ne présentait point d'élévations mamelonnées. Voici les dimensions constatées sur l'une et sur l'autre : au genou, la circonférence donnait à droite $0^m,45$, à gauche $0^m,42$; le milieu de la jambe à droite $0^m,49$, à gauche $0^m,45$; le coude-pied à droite $0^m,51$, à gauche $0^m,34$; la circonférence du pied droit était vers la base de $0^m,49$, et vers le sommet de $0^m,30$, sa longueur de $0^m,25$. Le gauche était à l'état presque normal. La jambe et le pied droits offraient un léger suintement et exhalaient une odeur fétide. Les intervalles des orteils se remplissaient d'une matière épaisse sébacée. La malade fut soumise à l'usage des bains sulfureux, et le bas de la jambe et le pied furent saupoudrés avec un mélange de quinquina et de charbon finement pulvérisés. De la charpie sèche fut introduite entre les orteils. L'odeur infecte diminua. La malade était assez bien, lorsque la présence dans la même salle d'une personne atteinte de variole fit naître chez elle cette maladie. L'invasion eut lieu le 13 octobre. L'éruption fut abondante, excepté sur les membres inférieurs. La période de suppuration s'accompagna d'un gonflement considérable de la face, d'une fièvre très-intense, et au moment où la dessiccation allait se faire, une diarrhée très-abondante survint, et la malade mourut le 27 octobre.

Examen cadavérique. La tête ne fut pas ouverte. Les poumons offraient un engorgement marqué à leur base, et les plèvres des adhérences assez fortes. Le cœur n'avait rien d'anormal. Le péritoine était fort injecté. Les intestins et l'estomac étaient très-ballonnés, mais leur muqueuse était pâle. Le foie avait une teinte jaunâtre fort analogue à celle de la cirrhose; il était consistant, mais sans granulation; il avait transversalement $0^m,26$, et d'avant en arrière $0^m,21$. La bile était d'un jaune très-pâle. La rate, très-dure, avait $0^m,13$ de longueur. Les reins étaient pâles, mais d'ailleurs sains, ainsi que la vessie et l'utérus. Les ganglions mésentériques présentaient quelques engorgements. Les gros vaisseaux étaient sans altération.

Le membre inférieur droit fut très-attentivement étudié. Les muscles étaient pâles, un peu atrophiés; autour d'eux, le tissu cellulaire paraissait plus dense qu'à l'ordinaire, et la couche adipeuse, épaisse, était formée d'une matière assez consistante, d'un jaune pâle, adhérant étroitement à la face interne du derme. Le derme avait acquis de soixante-quinze millimètres à un centimètre et demi d'épaisseur. Il était plus épais encore vis-à-vis les excroissances, dont la continuité et l'identité avec cette membrane étaient très-manifestes. Une couche

mince vasculaire recouvrait la surface externe du derme. L'épiderme était distinct, mais peu épais. Les os n'avaient subi aucune altération.

Soumis à quelques recherches, le derme, qui était dense, élastique, d'un blanc terne grisâtre, offrit une texture évidemment fibreuse. On distinguait même à l'œil nu les fibres se dirigeant de la face interne, où elles plongeaient dans la couche adipeuse, vers la surface externe mamelonnée. Ces saillies ne présentaient aucune ligne qui les distinguât du derme. On ne pouvait les rapporter à une hypertrophie distincte des papilles. Mais celles-ci, soulevées avec la totalité de la masse dermique, paraissaient exister sur les protubérances comme sur les autres points. Le microscope rendait évidente la texture fibro-plastique du derme; beaucoup de filaments étaient subdivisés, d'autres onduleux, et tous étroitement entrelacés. Récemment, j'ai revu cette disposition sur un fragment de cette peau, que nous conservons en entier dans le musée de l'Ecole de Médecine, avec les os des pieds et des jambes du même sujet, et avec le modèle en plâtre colorié des deux membres, modèle que j'avais fait prendre, pendant la vie de la malade, quelques jours avant l'invasion de la variole.

IVe Obs. — Jean Bardes, âgé de vingt-trois ans, natif de Saint-Germain (Corrèze), scieur de long, assez fortement constitué, est entré à la clinique interne, le 6 septembre 1855, pour une maladie légère. Notre attention fut attirée par l'état du membre inférieur gauche. Cet individu racontait qu'à l'âge de treize ans, ayant voulu prendre du poisson, il entra dans l'eau et y passa quelques heures. Le lendemain, la jambe gauche était très-douloureuse; elle se tuméfia et devint très-rouge; la rougeur monta le long de la partie interne de la cuisse jusqu'à l'aîne. Ce membre devint le siége de plusieurs abcès. Le malade prétend que des morceaux de chair se détachèrent du bas de la jambe. Au bout de trois mois, il put se lever; mais le bas de la jambe resta encore engorgé. Il y avait des points de suppuration, qui cependant finirent par se tarir. La marche devint possible, et même ensuite facile; mais l'engorgement ne céda point. La jambe était plus grosse à sa partie inférieure qu'au milieu et en haut. L'intumescence se terminait inférieurement par un bourrelet épais offrant $0^m,39$ de circonférence. La jambe, à sa partie supérieure, avait $0^m,56$, tandis que le côté sain n'avait que $0^m,28$. La chaleur des parties malades était normale; leur couleur d'un rouge pâle grisâtre; leur consistance ferme, résistante. Une pression forte faisait un peu céder et blanchir les saillies mamillaires du derme; la dépression ne s'effaçait que peu à peu. Quelques jours après son entrée à l'hôpital, J. B... demanda à sortir.

Ve Obs. — Dans le mois d'octobre 1855, je fus appelé en consulta-

tion auprès d'un marchand de cuir, âgé de cinquante-neuf ans, qui était atteint d'une fièvre grave. En retraçant les circonstances antérieures de la santé de ce malade, le médecin ordinaire fit mention d'une affection chronique de la jambe droite, pour laquelle on avait voulu, longtemps auparavant, pratiquer l'amputation. D'après les détails qui me furent donnés, je ne doutai pas du caractère de cette maladie : c'était bien un éléphantiasis des Arabes. Je désirai voir l'état de ce membre. La jambe était volumineuse à sa partie inférieure, très-dure ; les téguments étaient rugueux, hérissés de tubérosités consistantes. Les orteils étaient déformés, atrophiés, très-rapprochés, et même les derniers adhéraient entre eux. Toutes ces parties avaient une couleur grisâtre. Il n'existait aucun suintement, aucune odeur particulière. Le malade se servait de ce membre à peu près aussi aisément que de l'autre. Je pus donc constater un exemple de guérison.

b. — Causes de l'éléphantiasis des Arabes. — 1° L'hérédité est sans influence sur la production de l'éléphantiasis des Arabes.

2° Cette maladie est commune aux deux sexes. Toutefois, dans un relevé de 71 cas, 45 appartenaient au sexe masculin, et 26 au sexe féminin. Il est en outre à remarquer que les exemples d'éléphantiasis du scrotum sont plus nombreux que ceux d'éléphantiasis de la vulve.

3° La plupart des faits d'éléphantiasis ont été présentés par des adultes. Mais les débuts remontaient à l'époque de l'adolescence, ou même à un âge plus tendre. On a vu cette maladie s'annoncer à six mois (Alard), à sept ans (Hendy), huit (Martini), neuf (Alard, Lasserre), dix (Nahke, IIIe Obs.; ma IIe Obs.), treize (ma IVe Obs.), quinze (Hendy, Alard), seize (Revolat, Alefeld, Morrison), vingt (Sinz), et vingt-cinq ans (Mazaé Azéma).

Elle a eu aussi son début à quarante ans (Lemasson), quarante-un (Jobit), quarante-six (Camerarius), quarante-huit (Hervieux), quarante-neuf (Alard), cinquante-cinq (Fabre), cinquante-six ans (Desmarquoy et Pihorel).

Elle a été observée chez des individus âgés de soixante-sept ans (Sinz), soixante-huit (Alard), soixante-neuf (Camerarius), soixante-onze (Gaide), quatre-vingts ans (Desmarquoy).

Kempfer avait remarqué, au Malabar, que le *pérical* atta-

quait plutôt les jeunes sujets que les adultes, et ceux-ci en plus grand nombre que les vieillards.

4° L'éléphantiasis s'observe aussi bien chez les individus forts (Lemasson) que chez ceux qui sont faibles, chez les sujets sanguins autant que chez les personnes lymphatiques.

Le Dr Chabassy a vu cette maladie en Égypte chez les pauvres, les domestiques, les fruitiers, les mendiants marchant pieds nus et exposés à toutes les intempéries des saisons. Mais les personnes aisées et même riches ne sont nullement à l'abri de l'éléphantiasis des Arabes.

5° Quelques localités paraissent disposer plus particulièrement au développement de cette maladie. L'Égypte tient le premier rang, et surtout Rosette, Damiette, et Lisbet (1), village situé à l'embouchure du Nil. Le Malabar, la Barbade, l'Ile-de-la-Réunion (2), tiennent le second rang; puis viennent les Asturies et diverses autres contrées remarquables par l'humidité du sol et de brusques viscissitudes atmosphériques.

Les vents frais succédant à la chaleur du jour sont regardés comme des causes puissantes d'éléphantiasis. Hillary rapporte qu'à la Barbade on vit, en février 1755, et deux ans après, encore dans le même mois, des maladies épidémiques, catarrhales et rhumatismales, s'accompagner du gonflement des jambes. On a cru remarquer, dans la même île, que l'éléphantiasis s'était répandu en raison des progrès du déboisement.

6° On n'a rien noté relativement au genre de vie, à l'usage des eaux, des aliments de telle ou telle nature, qui ait favorisé la production de l'éléphantiasis.

7° La suppression d'une évacuation (3), de la sueur des pieds (Leroux), des règles (Hille); une grande fatigue physique (Desmarquoy), une forte émotion morale, comme une subite

(1) Chabassy, p. 12. Alexandrie et le Caire n'en sont pas exempts. (*Ibid.*, p. 10.)

(2) L'éléphantiasis des Arabes y est endémique. (Mazaé Azéma; *Gaz. méd.*, 1858, p. 34.)

(3) Alard, p. 355.

terreur [1], peuvent rapidement donner lieu à l'engorgement éléphantiasique.

8° Il est des causes qui paraissaient avoir une action plus directe, plus immédiate : ce sont l'humidité et le refroidissement. Ainsi, la culture du riz au Malabar, obligeant à avoir souvent les jambes dans l'eau ; la profession de pêcheur, qui expose aux mêmes influences (Obs. de Revolat); une immersion brusque des membres inférieurs (Desmarquoy, Lasserre); les ablutions si fréquentes chez les mahométants, sont des circonstances très-propres à développer l'éléphantiasis arabique.

On a vu cette maladie se produire sur une jambe exposée dans un atelier à un courant d'air froid [2]. La station prolongée, les marches excessives, peuvent faciliter l'engorgement des membres inférieurs.

9° L'éléphantiasis des Arabes serait, selon quelques observateurs, le résultat de divers états morbides généraux : des fièvres intermittentes (Hillary), d'un engorgement des ganglions lymphatiques (Hendy), du yaws (Rankine) [3], des scrofules (Nahke) [4], de la syphilis, comme semblent l'indiquer les observations de Clot-Bey, de Gaetani-Bey [5], de M. Desruelles [6] et de Pruner ; mais ces diverses circonstances ne paraissent point avoir une action spéciale.

10° Des causes pathologiques locales ont eu des effets plus directs. Ainsi, une luxation du pied survenue dans le jeune âge, oblige à boiter, rend la marche fatigante, engorge la jambe et fait naître un éléphantiasis arabique [7]; une inflammation ganglionnaire, suivie d'abcès [8], une piqûre à un doigt, ont produit des résultats analogues [9]. La phlegmatia alba

(1) Bluff; *Nova acta naturæ curios.*, t. IX, p. 415.
(2) Cazenave; *Annales des maladies de la peau*, t. I, p. 24.
(3) *Edinb. Med. and Surg. Journ.*, t. XXVII, p. 286.
(4) *Tract. de elephantiasi arabica*, p. 17.
(5) *Bullet. semestriel de la Soc. de Méd. de Marseille*, 1840, p. 63, 90, etc.
(6) Bergeron; Thèse, p. 35.
(7) Clinique de Heidelberg. (*Archives*, t. XIII, p. 496.)
(8) Mazaé Azéma; *Gaz. méd.*, 1858, p. 29.
(9) Lebert; *Physiol pathol.*, t. II, p. 45.

dolens a laissé une tuméfaction irréductible qui a encore eu la même conséquence (Chevalier). Un eczéma chronique et rebelle (Gaide, Ire Obs), un ulcère ancien (Andral), peuvent amener l'hypertrophie des téguments et du tissu cellulo-adipeux.

L'érysipèle, par ses récidives, a plus souvent encore conduit à l'éléphantiasis arabique. Il en a signalé le début, et j'aurai bientôt à le mentionner comme l'un des phénomènes les plus remarquables de la première période.

11° Hillary a cru cette maladie contagieuse. Aucun fait n'a démontré qu'elle le soit.

c. — Symptômes de l'éléphantiasis des Arabes. — Le siége le plus ordinaire de l'éléphantiasis des Arabes est aux membres inférieurs, ordinairement à un seul, quelquefois aux deux simultanément. Les considérations que je vais présenter se rapporteront principalement à cette localisation.

Il est nécessaire de partager en deux grandes périodes la longue durée de l'éléphantiasis arabique. Dans la première, il se produit et se développe; dans la seconde, il est confirmé, et son accroissement est presque insensible.

1re période. — L'éléphantiasis, considéré à son début, se présente souvent sous les apparences d'une maladie aiguë. Il se manifeste un frisson plus ou moins prolongé, de la fièvre, une soif vive, quelquefois des vomissements ou de la diarrhée, des sueurs copieuses. Cette fièvre peut revenir périodiquement (Hille, Allard, Ve Obs.) En même temps il survient un engorgement dans les ganglions lymphatiques du voisinage, dans ceux de l'aine. Quelquefois une ou plusieurs lignes dures, tendues et rouges, forment la trace d'une inflammation des vaisseaux lymphatiques. Plus souvent un érysipèle s'est emparé de la partie où l'intumescence doit se produire. Il s'est accompagné quelquefois d'éruption vésiculeuse, et a été suivi d'ulcérations (Revolat, Jobit).

Lorsque l'érysipèle, qui dure un ou deux septenaires, a disparu, la partie reste plus ou moins engorgée, tendue, et

apte à devenir le siége de plusieurs inflammations analogues, se répétant irrégulièrement ou avec une certaine régularité, par exemple tous les mois (Alard, p. 117, Sinz), pendant plusieurs années, et laissant la partie de plus en plus tuméfiée. Quelquefois l'érysipèle ne se montre que lorsque déjà la tuméfaction existe depuis longtemps. Il en provoque alors la rapide augmentation (Lasserre).

L'éléphantiasis peut aussi se développer sans fièvre, sans engorgement glandulaire et sans érysipèle ([1]).

2e période. — Après plusieurs mois ou même plusieurs années, les téguments hypertrophiés forment une intumescence considérable, dont voici les principaux caractères :

1° La jambe, dans sa partie inférieure, le niveau du coude-pied, la région dorsale du pied, sont affectés. Tout le pied peut être envahi; la plante est alors tournée en arrière (Hull), ou en avant (ma IIe Obs.). Dans quelques cas, c'est la partie supérieure de la jambe qui est tuméfiée (Matthes, Alefeld), parfois le membre inférieur a été tuméfié en entier jusqu'à l'aîne (Chevalier, Sinz, Cazenave).

2° Le volume de ces parties a pu devenir considérable, dépasser 30 et 40 centimètres de circonférence. La cuisse de la malade dont parle Chevalier avait 3 pieds 6 pouces de tour, et la jambe 2 pieds (mesures anglaises).

3° La forme n'est pas moins altérée. La jambe est plus grosse en bas qu'en haut, d'où sa ressemblance avec celle de l'éléphant. Quelquefois le membre est uniformément tuméfié, d'autres fois il présente de larges et épaisses plicatures transversales ou obliques ([2]). L'intumescence peut s'arrêter à l'articulation tibio-tarsienne, et y former une sorte de bourrelet très-saillant (Alefeld); le pied conserve alors son état normal.

4° Toutes les parties affectées sont dures, tendues, rénitentes. Elles ne cèdent que très-peu et fort difficilement à une forte pression, dont elles conservent rarement l'empreinte (Gaide, IIe Obs).

([1]) Biett, p. 115. — Cazenave; *Annales*, t. I, p. 24.
([2]) Voyez la figure 1re de la Dissertation de Sinz.

Quelquefois certaines parties sont plus dures que les autres. On sent comme une sorte de grosse corde noueuse, ou des tubérosités distinctes.

5° La surface cutanée est parsemée de rugosités, de saillies mamelonnées plus ou moins volumineuses et séparées par des sillons, des espèces d'anfractuosités; ces sillons isolent des éminences arrondies ou aplaties, polyédriques, parfois comme pédiculées. Sur toutes ces parties l'épiderme est rude, plus ou moins squameux (Revolat, Gaide, Rayer, Bouillaud). Il peut y avoir aussi des érosions, des excoriations, des ulcérations (Lasserre).

6° Un liquide plus ou moins abondant suinte, non-seulement de ces solutions de continuité, mais encore des sillons qui séparent les saillies mamillaires. L'intervalle des orteils, quand le pied est malade, en fournit aussi (Leroux). Ce liquide est onctueux, ou séreux, ou ichoreux, ou purulent; il tache le linge. Son odeur est fade, infecte, nauséabonde. Ce n'est pas le résultat de la malpropreté, comme l'a supposé Alard (p. 227); c'est un des produits de l'excrétion elle-même.

7° La peau conserve rarement sa couleur normale; elle devient rougeâtre ou grisâtre, avec des teintes inégales, et parfois des lignes blanchâtres, espèces de vergetures qui attestent la distension des téguments.

8° On a quelquefois reconnu l'oblitération de plusieurs veines superficielles, par exemple de la grande saphène (Rayer et Hervieux).

9° Je n'ai pas trouvé de différences sensibles dans la température de la peau du membre malade; mais elle a paru à quelques observateurs plus basse qu'à l'ordinaire [1].

10° La sensibilité a été exaltée chez quelques sujets; la partie tuméfiée était alors le siége de vives douleurs (Hille, Chelius, Gaide, IIe Obs.; Hervieux). D'autres fois la sensibilité était normale. Chez d'autres malades, il y avait de l'engourdissement (Lemasson).

[1] Lemasson, p. 410.

11° Malgré le volume et la déformation du membre affecté, la station, la progression, ont pu s'exécuter sans beaucoup de difficultés (Matthes, Hille, mes observations). Un sujet pouvait faire deux lieues à pied par jour (Revolat).

12° Divers phénomènes de continuité ont été observés; par exemple, l'engorgement œdémateux du membre, soit au-dessous, soit au-dessus de la région atteinte par l'hypertrophie cutanée. Cet engorgement s'est quelquefois étendu jusqu'aux parois abdominales et thoraciques (Fraser), ou encore il s'est manifesté par coïncidence sur les membres supérieurs (Gaide). Il est très-facile de distinguer cet engorgement mou, dépressible, et conservant l'empreinte des doigts, de l'intumescence dure, résistante et presque élastique des parties où réside l'éléphantiasis arabique.

13° En général, les fonctions s'exécutent d'une manière normale. L'état local ne paraît pas compromettre l'ensemble de l'organisme. Cependant, on a vu des indurations d'apparence tuberculeuse s'élever sur différentes régions, aux membres supérieurs, aux aisselles, etc., et attester la tendance à la propagation de la maladie (Hille).

14° Diverses complications ont été observées, comme des phlegmasies des muqueuses des voies digestives, des lésions organiques du cœur, des calculs rénaux (Fabre). Ces maladies ont procédé avec leurs phénomènes propres et leurs conséquences ordinaires.

15° La marche de l'éléphantiasis arabique est toujours lente, mais elle peut n'être pas uniforme et graduelle. Quelquefois l'intumescence qui s'était opérée dans la première période par saccades, s'accroît inopinément après plusieurs mois ou plusieurs années d'un état stationnaire. Cet accroissement est parfois précédé d'un mouvement fébrile. La maladie, après avoir fait sur un membre les progrès dont elle paraissait susceptible, se manifeste sur l'autre (Revolat, Lasserre). Un érysipèle a signalé cette nouvelle invasion.

16° Il n'est guère possible de déterminer sous quelle influence ces progrès avaient lieu. La chaleur, l'action des

rayons solaires, ont paru exciter la peau, provoquer la formation de vésicules ou même d'ulcérations (Revolat).

17° Si l'éléphantiasis arabique est susceptible d'augmentation, il peut aussi, dans quelques cas rares, offrir une diminution notable et presque une guérison (ma Ve Observation). Le fait très-remarquable rapporté par M. Lemasson, d'une résolution obtenue à la suite des vastes suppurations qu'avait provoquées un érysipèle phlegmoneux, démontre la possibilité de la guérison de l'éléphantiasis [1]. D'autres fois il peut y avoir diminution de volume par le fait du suintement à travers les crevasses, ou même par sphacèle (Chevalier); mais la marche de la maladie n'en continue pas moins d'une manière fâcheuse.

18° C'est souvent par une complication grave, mais fortuite, que la mort a lieu. D'autres fois elle a pu résulter d'une lésion accidentelle locale, en apparence peu importante, comme une simple écorchure, une inflammation, etc. (Labat, Chabassy).

d. — Variétés relatives au siége de l'éléphantiasis. — Les membres inférieurs ne sont pas les seules parties où se développe l'éléphantiasis des Arabes. On l'a vu à la tête, aux membres supérieurs et aux parties sexuelles.

1. *Éléphantiasis du cuir chevelu.* — Une observation publiée sous ce titre [2] par M. Ph. Ricord, et empruntée à la clinique de Lisfranc, ne me semble pas présenter les caractères de la lésion dont il s'agit dans ce chapitre. La malade, âgée de quarante-huit ans, avait éprouvé depuis deux mois seulement, après la cessation des règles, une forte démangeaison, un gonflement et une induration de la peau et du tissu cellulaire du crâne, produisant des plicatures et des espèces de circonvolutions à l'instar de celles que présente l'hypertrophie simple du cuir chevelu. C'était ici un engorgement de nature inflammatoire. Il n'y avait pas eu d'érysipèle; la maladie était presque à l'état aigu. Lisfranc fit pratiquer, à deux reprises,

(1) *Journ. hebdom.*, 1831, t. IV, p. 409.

(2) *Observ. d'un cas d'éléphantiasis du cuir chevelu.* (*Revue méd.*, 1826, t. I, p. 13.)

cinquante mouchetures sur les parties les plus saillantes. Le dégorgement qui en résulta produisit une notable amélioration. Ce traitement fut interrompu par le départ de la malade. Cet état morbide, persistant et s'aggravant, aurait pu devenir un véritable éléphantiasis; mais certainement, il ne présentait encore ni l'aspect ni la nature de cette affection.

II. *Éléphantiasis de la face.* — Alard a donné deux cas de tuméfaction de la face rapportés à l'éléphantiasis ([1]). Il y avait eu des congestions céphaliques, des douleurs, de la roideur au cou, du suintement derrière les oreilles; les paupières étaient tuméfiées et dures. Mais, comme dans le fait précédent, on ne constate que le début de la maladie, et non le degré de développement qui pouvait en rendre le diagnostic précis.

Ce développement, je le trouve dans un cas très-remarquable publié par Kuhlius, sous un titre ([2]) plus propre à égarer qu'à donner une idée positive; mais la figure représentant l'état morbide ne pouvait laisser le moindre doute. Il s'agit d'une femme de quarante-neuf ans, bien constituée, pauvre, qui, dans son enfance, avait fait une chute sur la face. Menstruée à vingt-un ans, elle cessa de l'être à quarante-cinq. La maladie avait commencé, quelques années auparavant, par une odontalgie et par une induration circonscrite de la joue droite; successivement la face entière, le front, quelques points des téguments du crâne, ceux du cou, se tuméfièrent et se couvrirent de saillies dures, inégales, mamelonnées, quelques-unes livides, se réunissant en masses volumineuses sur les deux joues, la lèvre supérieure, les paupières gauches, etc. Cette femme, d'ailleurs, n'était sujette qu'à des céphalalgies. Toutes les fonctions étaient régulières.

On a récemment publié, sous le titre d'*Éléphantiasis des Arabes* ([3]), une observation d'éléphantiasis des Grecs, très-re-

([1]) *Histoire de l'éléphantiasis des Arabes*, p. 79; — et *Nouvelles Observations*, p. 12.

([2]) Car. Aug. Kuhlius. *De vitiligine ulceroso-serpiginosa integumentorum faciei atque colli, cum sarcosi palpebrarum inferiorum et tabe mandibulæ singulari observatione illustrata.* Lipsiæ, 1833.

([3]) *Gaz. des Hôpit.* (Service de M. Piorry, 1857, p. 98.)

connaissable au genre de déformation qu'il avait produit à la face et à la coloration qui l'accompagnait. Le malade venait des Indes, pays où l'éléphantiasis des Grecs est très-répandu.

III. *Éléphantiasis des membres supérieurs.* — Alard rapporte, d'après Hendy et d'autres auteurs, quelques observations relatives à cette localisation de la maladie ([1]) ; la science en possède plusieurs autres. Gumœlius a vu, chez un jeune homme de seize ans, à la suite d'abcès et de douleurs vives, la main grossir et présenter une circonférence de 22 centimètres ([2]).

Kennedy a rapporté l'observation intéressante d'un homme de trente-cinq ans dont le membre supérieur, depuis le milieu du bras jusqu'au bout des doigts, présentait un développement considérable avec inégalités, plicatures et rides. L'aisselle était sensible, mais les ganglions n'étaient pas gonflés. La santé générale était bonne. La maladie avait pris naissance après une brûlure du bras et une blessure de l'avant-bras, qui avaient occasionné une longue suppuration ([3]).

M. Pierquin a donné, sous le nom d'*éléphantiasis* ([4]), l'observation d'une maladie complexe du membre supérieur gauche, consistant en altération des os, abcès, fistules, atrophie musculaire, tumeur blanche cubito-humérale, ulcération et squames, etc. Évidemment cette maladie n'était pas un véritable éléphantiasis des Arabes.

Un exemple cité par Davidson ([5]), un autre fourni par M. Heyfelder ([6]), un troisième, plus récent, communiqué par M. L'Herminier, de la Guadeloupe ([7]), justifient beaucoup mieux leur titre.

IV. *Éléphantiasis du pénis.* — Trois observations ont fait

([1]) *Histoire de l'éléphantiasis des Arabes*, p. 77, p. 173, etc.

([2]) *Mém. de l'Acad. de Stockholm.* (*Coll. académ.*, t. XI, p. 89.)

([3]) *Case of diseased arm.* (*Edinb. Med. and Surg. Journ.*, t. XIII, p. 54.)

([4]) *Journal des Progrès*, t. XI, p. 140.

([5]) *Edinb. Journ.*, 1838 ; — et *Expérience*, t. II, p. 104.

([6]) *Revue méd.*, 1842, t. III, p. 117.

([7]) Chez un nègre de cinquante ans. (Rapport de MM. Rayer et Davaine. *Mém. de la Soc. de Biologie*, 1850, t. II, p. 67.)

connaître cette maladie. M. Tripier, de Bourgoin (Eure), a vu un jeune homme de vingt-quatre ans qui, à la suite d'immersions subites dans de l'eau froide, eut des furoncles et un gonflement du pénis. Cet organe acquit un volume considérable. Il formait une masse dure, inégale, bosselée. Néanmoins, l'émission de l'urine et du sperme pouvait s'effectuer; mais ces liquides passaient par une sorte de cloaque correspondant à l'orifice de l'urètre ([1]). M. Folchi a vu un cas analogue chez un religieux ([2]); l'hypertrophie appartenait principalement au prépuce. Dans un autre cas, rapporté par le même auteur et recueilli par Ogier sur un nègre, l'hypertrophie portait en même temps sur le corps caverneux.

V. *Éléphantiasis du scrotum.* — C'est le plus fréquent après l'éléphantiasis des membres inférieurs. Connu de Prosper Alpin, qui l'a décrit sous le nom de *hernie charnue,* il était appelé au Malabar *andrum*, d'après le récit de Kœmpfer. Il fut signalé en France à l'occasion d'un Malabou de Pondichéry dont le scrotum pesait soixante livres ([3]). Des faits consignés dans les *Éphémérides des curieux de la nature* ([4]), celui que Walther fit connaître à Morgagni ([5]), plusieurs autres observations recueillies par divers chirurgiens, n'avaient encore donné qu'une faible notion de la maladie dont il s'agit. Hendy l'étudia avec soin à la Barbade; et Larrey, pendant la campagne d'Égypte, eut l'occasion d'en voir trois exemples. D'autres cas furent observés et décrits par Rigby Brodbelt, de la Jamaïque ([6]), par Maddox-Titley, de Saint-Christophe ([7]), par Roux ([8]), par Gilbert ([9]), par Rigal ([10]), par Delpech ([11]),

([1]) *Gaz. méd.*, t. IV, p. 866.
([2]) *Exercitationes pathologicæ.* Romæ, 1843, t. II, p. 123.
([3]) *Hist. de l'Acad. des Sciences*, 1711, p. 30.
([4]) *Ephem. nat. cur.*, 1723, vol. I, Obs. 108, p. 212. — Reissei, 1725.
([5]) *De sedibus et causis morborum*, epist. 43, art. 42.
([6]) *On enlargement of the scrotum.* (*Medical Memoirs*, t. VI, p. 232.)
([7]) *Case of an extraord. enlargement of the scrotum.* (*Med.-chir. Trans.*, t. VI, p. 73.)
([8]) *Mélanges de Chirurgie et de Physiologie*, p. 225.
([9]) Alard; *Nouv. Observ.*, p. 15.
([10]) *Annales cliniques de Montpellier*, 1815.
([11]) *Clinique chirurgicale de Montpellier*, t. II.

par les Drs Clot-Bey, Gaetani-Bey (1), Capellati (2), Dutremblai, de Ham (3), etc. On trouve encore quelques faits intéressants dans les dissertations de Wiedel (4), de Riedlich (5), de M. Bergeron (6), du Dr Tournesko, de Bucharest (7).

L'observation de Wiedel se distingue par quelques circonstances particulières. Le sujet était un jeune homme qui fut d'abord atteint de fièvre et eut des érysipèles du scrotum. Cette partie se couvrit de vésicules qui s'ouvrirent et laissèrent couler un liquide lactescent. A chaque invasion de l'érysipèle, le suintement devenait plus copieux. Ce liquide avait une couleur blanche-jaunâtre sale, une légère odeur de sperme, une saveur un peu salée. Il était en partie coagulable. Muller et Wiedel y trouvèrent de l'albumine, de la graisse, de la fibrine, du muriate de soude, du phosphate, du carbonate de chaux et de l'eau. A chaque atteinte d'érysipèle, le volume du scrotum augmentait; il était devenu inégal, rugueux, parsemé de saillies comme tuberculeuses, et les ganglions inguinaux s'étaient tuméfiés.

Dans le fait relaté par Riedlich, les bourses se gonflèrent pendant le cours d'une fièvre nerveuse. Les glandes inguinales s'engorgèrent plus tard. Le scrotum prit une forme globuleuse; il descendait jusqu'au niveau de la partie moyenne des cuisses. Il était parsemé de proéminences dures, aplaties, disposées parallèlement comme des pavés. La figure qui en est donnée ferait croire à des rangées de fragments de tœnia, placés à côté les uns des autres, principalement dans la direction du raphé. Ces éminences avaient environ une ligne à une ligne et demie de largeur. Riedlich les considérait comme l'hypertrophie des rugosités normales du scrotum. Toute la

(1) *Compte rendu des Travaux de l'École de Médecine d'Abou-Zabel*. Paris, 1838, p. 181. — *Annales physiologiques*, 1834, t. XXVI, p. 235, p. 249.
(2) *Giornale, etc.* (*Gaz. méd.*, t. XIV, p. 819.)
(3) *Annales des maladies de la peau*, t. II, p. 278.
(4) *Elephantiasis scroti*. Wurzb., 1837.
(5) *De elephantiasi scroti*. Berolini, 1838.
(6) *De l'éléphantiasis des parties génitales*. (Thèses de Paris, 1845, n° 21.)
(7) *Gaz. des Hôpit.*, 1867, p. 62.

tumeur avait une teinte brune; elle était couverte de poils nombreux. Elle envahissait en haut le quart de la peau du pénis et s'étendait en arrière jusqu'au voisinage de l'anus. Les testicules se distinguaient à la partie supérieure et postérieure. Ils ne paraissaient pas malades. Les érections étaient fréquentes. La santé générale était très-bonne. Graefe enleva toute la partie malade du scrotum, qui pesait près de 200 grammes; la peau avait acquis 1 à 2 centimètres d'épaisseur. On ne trouva pas de vestiges de dartos, mais il existait une couche de tissu adipeux jaune, surtout vers la cloison.

L'éléphantiasis du scrotum commence diversement comme celui des autres parties, tantôt par des irritations phlegmasiques locales répétées, par la fièvre et divers symptômes nerveux et gastriques, tantôt par un travail lent et progressif.

L'augmentation du volume des bourses constitue le premier indice de la maladie. Le scrotum peut former par la suite une masse considérable, s'étendant jusqu'aux genoux et même jusqu'aux malléoles. Cette masse, d'abord globuleuse ou inégalement développée et plus saillante d'un côté, en s'accroissant, devient pyriforme ou triangulaire; sa base est en bas. La peau du pubis est fortement appelée dans ce sens; celle du pénis s'allonge aussi, et le prépuce, participant à l'hypertrophie scrotale, forme un long canal que les urines doivent parcourir. Le scrotum est rugueux. Dans le principe, on croit reconnaître un empâtement œdémateux; mais ensuite la dureté des téguments rend cette sensation moins marquée. Des saillies, d'une teinte brune ou livide, se prononcent sur cette large surface, et sont séparées par des sillons étroits à directions variées. Un léger suintement séro-muqueux en provient. Les testicules sont placés aux parties latérales, supérieure et postérieure, de cette volumineuse tumeur. S'ils sont entraînés en bas, on les rencontre sur les parties latérales, et non vers le centre.

L'éléphantiasis du scrotum peut être accompagné de diverses éruptions vésiculeuses ou pustuleuses, avec prurit plus ou moins vif. Il a eu encore pour complication l'hydrocèle et la hernie inguinale. Celle-ci mérite une attention particulière.

Elle se distingue par la tuméfaction correspondant au-dessous des anneaux, par le gargouillement sous la pression, par un son clair résultant de la percussion, par l'augmentation qu'occasionnent la toux, les efforts, etc.

L'éléphantiasis du scrotum se développe successivement et pendant plusieurs années, sans occasionner ni douleurs, ni troubles notables dans l'exercice des fonctions.

VI. *Éléphantiasis des grandes lèvres.* — Cette variété a de grandes analogies avec la précédente, mais elle n'est pas aussi fréquente. C'est dans les contrées où la première est commune que la seconde s'observe quelquefois. Ainsi, on l'a vue au Japon et en Égypte. M. Clot-Bey en a rapporté deux exemples. Green l'a vue au Bengale (1). Dans quelques îles de l'Océan, dans celle de Chatam, par exemple, elle n'est pas rare, comme l'a assuré William Birrel en en rapportant une observation particulière (2). On l'a également signalée en Europe. Gilbert en communiqua un exemple à Alard, et Talrich, de Perpignan, un autre à Delpech. Fréteau, de Nantes, en a rapporté une observation (3). La malade de Hull, atteinte d'éléphantiasis du pied droit, avait le pudendum hérissé d'excroissances de la même nature (4). Nahke a vu un exemple curieux d'éléphantiasis des grandes lèvres chez une fille de quinze ans, dont le corps s'était montré couvert à la naissance de petites taches brunes (spili, nœvi pigmentaires). Ces taches étaient très-nombreuses vers la vulve. Les grandes lèvres prirent une apparence verruqueuse; la gauche, à l'âge de dix ans s'hypertrophia; il survint par intervalles des douleurs dans les aines, des frissons et une éruption vésiculeuse aux parties génitales externes. La lèvre gauche déjà volumineuse se développa considérablement. La figure qui en est donnée représente une tumeur pyriforme, bilobée par la fente vulvaire, s'étendant jusqu'au niveau de la partie moyenne des

(1) *The India Journal of medical Science*, 1835. (*Gaz. méd.*, 1836, p. 570.)
(2) *Edinb. Med. and Surg. Journal*, t. XXIII, p. 257.
(3) *Journal général* de Sédillot, 1813, t. XLVII, p. 254.
(4) *Edinb. Med. and Surg. Journ.*, t. XXIX, p. 32.

cuisses. Sans cette scissure, on dirait un éléphantiasis du scrotum. La peau, sur toute l'étendue de cette proéminence, était rugueuse, parsemée d'espèces de nodosités; ses pores semblaient dilatés; il n'y avait aucune douleur; l'hypogastre présentait quelques touffes de poils. Cette fille n'était pas menstruée. Néanmoins, son accroissement était régulier, et ses mamelles étaient assez développées [1].

M. Desruelles a présenté deux observations recueillies à Lourcine, chez des femmes présumées atteintes de syphilis [2]. On peut supposer que l'hypertrophie des lèvres était le résultat des irritations pustuleuses ou papuleuses dont ces parties avaient été affectées. Au développement des grandes lèvres se joignait celui de l'une des petites lèvres, formant une saillie éléphantiasique de plusieurs centimètres.

M. Jobert, de Guyonville, a extirpé avec succès des petites lèvres devenues saillantes, dures, bosselées, verruqueuses, et offrant les caractères de l'éléphantiasis [3].

M. Verneuil a présenté à la Société Anatomique une tumeur de la grande lèvre, qui se rapprochait beaucoup de l'éléphantiasis : cette tumeur était fibro-graisseuse. Le cas suivant, assez analogue, m'a permis de faire quelques recherches anatomiques.

VI° Obs. — On a porté au commencement de l'année 1858, à l'hôpital Saint-André, une femme atteinte d'une pneumonie très-intense. Elle était au 9° jour de sa maladie et mourut presque immédiatement. On n'avait pas examiné les organes génitaux. Quand on dut procéder à l'ouverture cadavérique, on vit la grande lèvre gauche formant une tumeur considérable; l'existence d'un éléphantiasis fut alors revélée.

Cette femme, âgée de trente-quatre ans, était de haute taille et fortement constituée. On avait, d'après quelques renseignements, pu présumer qu'elle venait du quartier livré à la prostitution; mais il n'existait aucune trace d'affection syphilitique.

La grande lèvre gauche offrait une saillie arrondie ayant 20 centi-

(1) *Tract. de eleph. arabica,* Obs. 4, p. 37.

(2) M. Huguier assure qu'elles n'en étaient nullement affectées. (*Mém. de l'Acad. de Méd.*, t. XIV, p. 541.) Il a donné l'histoire de l'une de ces femmes, comme atteinte plusieurs mois après d'esthiomène hypertrophique de la vulve. (*Ibid.*, p. 587.)

(3) *Gaz. des Hôpit.*, 1856, p. 182.

mètres dans le sens longitudinal, 15 dans le sens transversal, et 10 de hauteur; elle avait une teinte brune, un peu livide. Elle était parsemée d'inégalités, de saillies comme mamillaires, pressées, aplaties les unes contre les autres, et séparées par des sillons qui avaient environ un centimètre de profondeur. Les saillies étaient aplaties en dehors, et parvenaient à une hauteur à peu près égale. Une éminence se détachait de la partie interne de la tumeur, et on aurait pu la considérer comme la petite lèvre gauche. Mais elle était plutôt digitée qu'allongée et aplatie; elle avait 5 à 6 centimètres de longueur. Sa couleur était plus livide et plus brune que le reste de la tumeur. La vulve, très-élargie, ne présentait aucune trace de nymphes. J'ai examiné avec soin les éminences de la surface interne de la tumeur. L'épiderme était très-distinct, le tissu muqueux ou réticulaire mince. Les saillies étaient formées aux dépends de la substance même du derme, dont les fibres se prolongeaient jusqu'à leur extrême limite. La continuité était évidente entre le tissu de cette membrane et celui des éminences. Le derme avait un centimètre à un centimètre et demi d'épaisseur. Il était dur, élastique, formé d'éléments fibreux. Au-dessous de la peau existait une couche adipeuse très-épaisse. Cette pièce est conservée dans le musée de l'École de Médecine de Bordeaux.

e. — Anatomie pathologique de l'éléphantiasis des Arabes. — En résumant les recherches cadavériques faites pour éclairer l'histoire de cette maladie, on obtient les résultats suivants :

1° L'épiderme est rugueux, inégal, souvent couvert de petites écailles ou de croûtes, qu'il est facile de détacher. Il est parfois épaissi. Il se détache par la macération, et alors on voit sa face interne hérissée de petites saillies, appartenant sans doute aux conduits folliculeux qui venaient s'ouvrir à l'extérieur (Sinz). L'épiderme se replie sur les diverses saillies, sur les papilles, etc.; de là l'aspect de cette membrane, comparé par MM. Rayer et Davaine à celui du velours d'Utrecht.

2° Le corps muqueux ou réticulaire a été trouvé assez distinct, formant une membrane colorée par les vaisseaux et le pigment. M. Andral a rencontré une excellente occasion de constater les diverses couches dont ce tissu se compose, d'après Gaultier. Ainsi, il a vu deux lames minces, blanchâtres, mais assez denses, l'une en rapport avec l'épiderme, l'autre, d'apparence cellulo-fibreuse, avec le derme, et entre elles une

couche colorée brune. Ces observations ont été confirmées par MM. Rayer et Gaide. Je n'ai pu, quelque attention que j'y aie mise, séparer les trois couches indiquées.

3° Le derme est le siége d'une constante hypertrophie. Son épaisseur est augmentée de plusieurs millimètres; elle a atteint 2 ou 3 centimètres. De sa surface externe s'élèvent en outre les saillies plusieurs fois signalées, et qui ont des dimensions et des formes diverses. MM. Rayer et Gaide avaient remarqué une sorte de ligne de démarcation entre ces éminences et la substance du derme. D'après ces observateurs, une différence dans la direction des fibres et dans leur couleur permettait encore de distinguer le derme lui-même du corps papillaire très-développé. Sinz, dans la figure qu'il a donnée de la texture fibreuse du derme et de ses éminences, n'a indiqué ni séparation ni différence dans la disposition des fibres. Partant de la surface interne du derme, au-delà duquel elles semblaient se prolonger, elles marchaient perpendiculairement vers la surface externe, et pénétraient, sans solution de continuité ni déviation, dans l'éminence attribuée au développement du corps papillaire. Je trouve beaucoup d'analogie entre ces observations et celles que j'ai faites, et que j'ai déjà mentionnées.

Dans l'examen auquel se sont livrés MM. Rayer et Davaine (1), c'est à la face palmaire que la peau a été divisée; là les papilles sont plus développées, plus uniformes et plus régulièrement rangées; aussi leur saillie était-elle très-manifeste.

D'après Sinz, indépendamment des fibres perpendiculaires à la surface du derme, il en existe de transversales. Elles ont une couleur un peu jaune ou une teinte blanchâtre, et leur texture paraît plus ferme (p. 22).

Dans un cas d'hypertrophie des divers tissus de la main, se rapprochant beaucoup de l'éléphantiasis des Arabes, M. Lebert a vu entre les faisceaux fibreux du derme de nombreux

(1) *Bullet. de la Soc. de Biologie*. 1850, t. II, p. 67.

granules, des éléments graisseux et beaucoup d'éléments fibro-plastiques ([1]).

3° De la surface interne du derme partent des prolongements fibreux qui pénètrent dans le tissu cellulaire. Ce tissu, devenu très-dense au voisinage du derme, et étroitement uni à cette membrane, a présenté quelquefois une consistance fibro-cartilagineuse, et même quelques lames ossifiées (Fabre). Le plus souvent il offrait de larges aréoles, contenant une sérosité épaisse, une sorte de fluide gélatiniforme concrété. Sinz a montré cette disposition dans la coupe transversale d'une jambe atteinte d'éléphantiasis. Le tissu adipeux, disposé en lobules, renfermait une matière grasse, jaunâtre, quelquefois une substance concrète, analogue au suif. Cette substance était elle-même logée dans des compartiments formés par des cloisons fibreuses, émanant du derme et du tissu cellulaire.

4° On n'a reconnu l'existence ni des glandes sudoripares, ni des follicules sébacés et des follicules pileux. Sinz attribue à ceux-ci, privés de poils, les filaments adhérents à la surface interne de l'épiderme, détachés avec ce dernier par suite d'une macération assez prolongée (p. 23).

5° Les vaisseaux sanguins sont peu développés dans le tissu du derme et dans le tissu cellulaire. Cependant, à l'aide d'une injection fine, on peut les rendre évidents, surtout du côté de la face externe. On a vu les veines dilatées, d'autres fois rétrécies et même oblitérées, avec des parois épaisses.

6° Les vaisseaux lymphatiques ont été trouvés apparents, dilatés (Hendy), et même enflammés. Les ganglions ont paru souvent engorgés, volumineux, indurés. C'est le long des gros vaisseaux, dans l'éléphantiasis des membres inférieurs, que leur engorgement a été constaté, aux régions inguinales et quelquefois jusque dans l'abdomen.

7° On a vu les nerfs ou leur gaîneuse cellulo-fibreuse enflammés, épaissis, indurés. Cette remarque a été faite, pour le sciatique, par Chelius; pour les nerfs tibiaux, par Nœgele ([2]).

([1]) *Physiologie pathologique*, t. II, p. 47.
([2]) *Archives*, t. XIII, p. 481.

8° Les muscles n'ont pas changé de nature, mais ils ont paru souvent pâles, ramollis et plus ou moins atrophiés. Quelques-uns sont devenus durs, d'autres avaient passé à l'état gras (Fabre). On a vu le ligament inter-osseux en partie ossifié (Desmarquoy et Pihorel).

9° Les os ont conservé leur état normal.

10° Diverses lésions viscérales ont pu être notées; elles étaient accidentelles.

f. — Physiologie pathologique de l'éléphantiasis des Arabes. — La première opinion relative à la nature et au siége intime de cette maladie a été présentée par Hendy. Il l'a regardée comme une lésion des ganglions lymphatiques, et il l'appela *maladie glandulaire de la Barbade*. Alard adoptant cette manière de voir, admit que les vaisseaux lymphatiques n'étaient pas moins affectés que les ganglions. Cette opinion vient d'être appuyée par M. Mazaé Azéma, dans des considérations intéressantes relatives aux climats chauds, où l'éléphantiasis des Arabes est si fréquent. Mais cette maladie n'étant point exclusive à ces contrées, les déductions perdent de leur valeur; elles sont en outre tout à fait balancées par les observations dans lesquelles les vaisseaux et les ganglions lymphatiques n'étaient en aucune manière altérés dans les parties affectées d'éléphantiasis.

Une deuxième opinion, soutenue par M. Bouillaud, adoptée par Fabre, par Gaide, par Landi [1], se base sur les faits d'oblitération, de rétrécissement, d'épaississement des veines; mais dans beaucoup d'autres cas ces altérations n'existaient pas.

On ne peut donc pas considérer les lésions, soit des veines, soit du système lymphatique, comme essentielles; elles n'étaient que le résultat de simples coïncidences.

L'éléphantiasis arabique est le produit d'un travail lent et successif, ou d'un accroissement opéré, avec plus ou moins de rapidité, par des impulsions répétées.

[1] *Annales des maladies de la peau*, t. II, p. 69.

On conçoit qu'un ralentissement dans le cours des fluides, un engorgement des vaisseaux, une nutrition exagérée, produise l'intumescence progressive d'une partie; mais l'accroissement actif s'opère d'une manière différente.

On a vu des érysipèles se succéder et chaque fois laisser la partie un peu plus volumineuse. Or, l'érysipèle s'accompagne et d'une injection des capillaires cutanés et d'une congestion séreuse considérable dans le tissu cellulaire. Si le fluide, au lieu d'être facilement résorbé, s'attache à cause de sa plasticité aux parties qu'il infiltre, la résolution en devient difficile et imparfaite, et cette matière vient ajouter à la somme des éléments constitutifs. Alors, le derme vers lequel l'appel des fluides a été le plus actif, augmente d'épaisseur; cet excès de nutrition s'étend aux deux surfaces, les développe, et fait naître des productions, des prolongements en divers sens, assimile le tissu celluleux au tissu cutané, modifie le tissu adipeux et constitue ainsi des masses organiques énormes.

Il ne faut pas omettre de mentionner une circonstance qui peut-être a une certaine part dans la production de la maladie. Je veux parler de la pesanteur. Le siége de prédilection de l'éléphantiasis des Arabes est la partie la plus déclive du corps, ou encore la partie la plus déclive du tronc. On sait combien les engorgements des jambes laissées dans la direction verticale, et des bourses non soutenues, sont opiniâtres. Or, les individus menacés d'éléphantiasis ne peuvent longtemps s'astreindre au repos, à la position horizontale et aux précautions qu'exigerait l'état des organes.

On constate donc ici, d'une part, une congestion active, un travail phlegmasique, une nutrition accrue, et d'autre part, une stase des fluides par leur pesanteur, un état passif des organes par la perte inévitable de leur résistance vitale et de leur force de réaction.

Ces phénomènes sont-ils purement locaux ou ne tiennent-ils pas à des dispositions générales? Celles-ci ne sont nullement déterminées. L'éléphantiasis des Arabes a ses causes immédiates dans les parties atteintes; mais la modification que

celles-ci longtemps altérées font ressentir à tout l'organisme, peut rendre possible la répétition des mêmes phénomènes dans d'autres régions. Toutefois cette répétition a été bien rarement observée ([1]). Le plus souvent, l'extirpation des parties altérées a détruit le mal dans sa source. Ici, la récidive est l'exception, tandis que dans la kéloïde, par exemple, elle est la règle.

Il faut, en outre, remarquer que l'éléphantiasis des Arabes peut durer très-longtemps sans porter un trouble fâcheux dans l'exercice des fonctions, et que presque toujours la mort a été le résultat d'une circonstance accidentelle.

g. — Diagnostic de l'éléphantiasis des Arabes. — Les phénomènes les plus constants de l'éléphantiasis des Arabes forment un ensemble parfaitement caractérisé, qui rend le diagnostic facile. Ainsi, une tumeur large, saillante, dure, lentement développée, souvent précédée d'érysipèles, s'entourant de rugosités, de proéminences, produisant la déformation complète des parties affectées, donne des indices suffisants qui ne permettent guère de le confondre avec d'autres états morbides.

Cependant, il est facile de reconnaître par la lecture des auteurs, qu'ils n'ont pas eu toujours des idées précises sur les caractères distinctifs des deux éléphantiasis. En traitant de celui des Grecs, je rappellerai les différences essentielles qui le séparent de celui dont il s'agit dans ce chapitre. Martini lui-même, en voulant éclairer le diagnostic, a ajouté à la confusion.

Horack a désigné sous le même titre une autre affection de la jambe ([2]); d'où on pourrait conclure que si la maladie observée par Martini était un élephantiasis des Arabes, celle que Horack a décrite devait l'être aussi et réclamait la même dénomination. Ce serait une erreur. Des analogies existent;

([1]) Mondière; *Expérience*, t. II, p. 104. — Cazenave; *Ibid.*, et *Dictionnaire ou Répertoire de Médecine*, t. II, p. 288.

([2]) Martini et Horack; *Observationes rarioris degenerationis cutis in cruribus elephantiasis simulantis*. Lipsiæ, 1828.

mais dans ce dernier cas, il s'agissait d'un lupus hypertrophique de la jambe. La figure jointe à la description, rend la ressemblance assez sensible.

Alard me paraît aussi avoir mis sur le compte de l'éléphantiasis arabique de simples congestions dans le tissu cellulaire. Une maladie attribuée à la lésion du système lymphatique devait, selon ce médecin, aboutir à l'éléphantiasis ou s'y rattacher. Mais une vue théorique ne saurait être mise à la place d'une rigoureuse constatation; or, les observations V (p. 76), IX (p. 78), X (p. 80), ne me paraissaient offrir que quelques traits tout à fait insuffisants de l'éléphantiasis des Arabes.

On trouverait plus de rapports entre cette maladie et ces altérations du tissu cellulaire qui succèdent aux œdèmes anciens. Hauff en a mentionné des exemples ([1]), recueillis chez des individus atteints de lésions organiques. Mais le développement antérieur de celles-ci et la longue existence d'un simple œdème ne laissaient aucune incertitude.

La phlegmatia alba dolens a paru à quelques auteurs se rapprocher de l'éléphantiasis des Arabes, par la tuméfaction étendue qu'elle détermine. Mais les circonstances qui la font naître, les douleurs qui l'accompagnent, la coloration, l'absence d'altération de la peau, etc., empêchent de confondre ces maladies.

Il est des engorgements des membres, résultant d'affections rhumatismales et scrofuleuses très-anciennes, qui pourraient être pris pour l'éléphantiasis des Arabes. Certainement la première observation de Nahke ([2]), une autre observation fournie par Hancke ([3]), sont rattachées à tort à l'éléphantiasis. Ce n'étaient que des affections scrofuleuses, avec altération des os. Dans les cas de ce genre, ce sont surtout les articulations qui sont malades et tuméfiées; tandis que dans l'éléphantiasis l'intumescence est plus marquée dans la continuité des membres.

([1]) *Medicinisches Correspondenz-blatt.*, etc. (*Gaz. méd.*, t. III, p. 519.)
([2]) *Tract. de eleph. arabica*, p 30.
([3]) *De nonnullis elephantiasis exemplis.* Halæ, 1837, p. 6.

Enfin, la maladie qui aurait avec l'éléphantiasis le plus d'analogie serait l'hypertrophie simple du derme. Mais ici la peau conserve sa souplesse ; elle est plutôt flasque que dure et tendue ; elle ne se couvre pas d'éminences rugueuses, et laisse au tissu cellulaire son état normal. C'est à la tête, au cou, à la cuisse, plutôt qu'à la partie inférieure des membres abdominaux, qu'on l'a observée. Enfin, le développement cutané s'opère le plus souvent dans le sens de la largeur, et donne lieu à l'extension démesurée des téguments dans la partie affectée. Il est donc très-facile de saisir les différences de ces états morbides. L'éléphantiasis arabique est bien une hypertrophie du derme, mais avec excroissances développées sur la surface papillaire, envahissement et condensation d'une couche plus ou moins épaisse des tissus cellulaire et adipeux.

A. — Traitement de l'éléphantiasis des Arabes. — Le traitement diffère selon la période à laquelle il correspond, et selon le mode de développement de la maladie.

Si l'intumescence est encore peu considérable, si son accroissement s'opère sous l'influence d'accès fébriles et d'invasions érysipélateuses, on peut avoir recours à des émissions sanguines, aux boissons délayantes et diurétiques, aux purgatifs, à un régime sévère, en même temps que la partie menacée est mise en repos et dans une position assez élevée.

Lorsque l'éléphantiasis s'accroît très-lentement et a déjà acquis un certain volume, on est réduit à l'emploi des bains alcalins et sulfureux, des douches de vapeur, à l'usage des préparations d'iode et des remèdes altérants.

La compression peut avoir de l'utilité. Les lotions chlorurées, ou de décoction de suie, les cautérisations avec la poudre de Vienne, peuvent modifier et l'odeur et l'aspect des chairs, quand il y a des ulcérations, des érosions, des végétations et un suintement fétide.

L'impossibilité de ramener les parties affectées à leur état normal a suggéré l'idée de les enlever. Cette opération n'est nécessaire que si le poids considérable, la gêne et la fatigue

qui en résultent, font de la tumeur éléphantiasique une cause perpétuelle de tourment. Mais comme ces tumeurs sont rarement douloureuses par elles-mêmes, les malades consentent le plus souvent à les garder. Il existe d'ailleurs des différences assez grandes quant aux résultats des opérations.

L'amputation pratiquée pour l'éléphantiasis de la jambe a été jugée compromettante par Hendy, par Alard [1]; cependant elle n'a pas toujours été sans succès [2].

Les chances de réussite sont beaucoup plus nombreuses lorsque la maladie occupe l'avant-bras, la main ou les doigts; témoin les faits cités par Kennedy, Davidson [3], Heyfelder [4], Lebert [5], L'Herminier [6], Guersent [7].

L'amputation de la peau du pénis a été faite avec avantage par Tripier, Folchi, Ogier.

Celle du scrotum a été exécutée, avec des résultats souvent heureux, par Larrey, Delpech, Clot-Bey, Gaetani-Bey, Labat, Graefe, Tournesko, M. Lenoir, etc. Je me borne à cette simple indication. Les détails relatifs à l'opération ne peuvent trouver place dans cet ouvrage.

IIe DIVISION.

MALADIES CUTANÉES CHRONIQUES CONSIDÉRÉES AU POINT DE VUE ÉTIOLOGIQUE.

Les maladies cutanées chroniques dépendent souvent de causes qu'il est très-important de connaître pour donner au traitement des règles précises. Or, une division d'une simplicité et d'une évidence incontestables se présente ici : ou bien

(1) *Histoire, etc.*, p. 357.

(2) Voyez trois exemples d'amputations de la cuisse faites avec succès par MM. Sainte-Colombe, Leroux et Petit (île de la Réunion). (*Gaz. méd.*, 1858, p. 28.) Il est assez remarquable, mais peu surprenant vu la nature non diathésique de la maladie, que l'amputation faite sur des tissus qui n'étaient pas entièrement sains, n'en a pas moins réussi.

(3) *Edinb. Journ.*, 1838. (*Expérience*, t. II, p. 104.)

(4) *Revue méd.*, 1843, t. III, p. 117.

(5) *Physiologie pathologique*, t. II, p. 45.

(6) *Mém. de la Soc. de Biologie*, t. II, p. 67.

(7) *Gaz. des Hôpit.*, 1857, p. 463 et 564.

les affections cutanées ont leur cause dans la région même qui est affectée, et cette cause est appréciable aux sens; ou bien elles ont une origine intérieure et dépendent de dispositions générales, constitutionnelles, dont elles ne sont que de simples manifestations. Les premières sont dues à la présence d'êtres organisés, de parasites de nature animale ou végétale. Les secondes sont les résultats de diverses diathèses.

Les maladies cutanées chroniques envisagées au point de vue étiologique doivent donc être divisées en *parasitaires* et *diathesiques*.

1re SOUS-DIVISION.

MALADIES CUTANÉES CHRONIQUES PARASITAIRES.

On nomme *parasite* un être organisé qui se loge et se nourrit aux dépends d'un autre individu. Sa présence dans un organisme auquel il est étranger, est pour celui-ci une source de gêne, de souffrances et de dépérissement. Plusieurs affections cutanées sont dues à ce genre de causes. Les unes sont provoquées par des parasites animaux, ce sont des maladies *zoo-parasitaires;* les autres sont produites par des parasites de nature végétale, ce sont des maladies *phyto-parasitaires.*

1re SECTION. — MALADIES CUTANÉES ZOO-PARASITAIRES.

Des insectes ou des vers peuvent déterminer divers états morbides, par leur nombre à la surface de la peau, par leur introduction dans le tissu de cet organe, ou par leur développement sous le derme.

Trois maladies seront plus spécialement l'objet des considérations qui vont suivre, savoir : la *phthiriase,* la *gale* et le *dragonneau*. D'autres êtres du règne animal occasionnent certains désordres. L'*œstre* a quelquefois déposé ses œufs dans le tissu de la peau humaine, et a donné lieu à des altérations plus incommodes que dangereuses [1]. La *chique (pulex penetrans)* agit de même et détermine assez fréquemment des

[1] *Revue méd.*, 1833, t. III, p. 140, 148. — *Gaz. méd.*, t. III, p. 849.

tumeurs aux pieds, aux talons, ou sous les ongles des orteils; tumeurs rendues assez volumineuses par la production d'une sorte de vessie renfermant les œufs de l'animal, et dont les nègres sont habiles à se débarrasser. Différents observateurs ont été témoins de ces faits, étrangers à nos climats ([1]).

I. — PHTHIRIASE.

La phthiriase, ou maladie pédiculaire, est causée par la présence des poux en plus ou moins grande abondance dans les régions où il est rare d'en observer.

Chez les enfants et les gens malpropres, les poux ordinaires *(pediculi capitis)* se multiplient souvent dans les cheveux. Chez les adultes qui s'exposent à des contacts impurs, le *pediculus pubis* (morpion) s'attache aux parties velues des organes génitaux. La présence de ces insectes est incommode; mais elle ne constitue pas une maladie.

La multiplication des poux sur la face ou sur le tronc et les membres, malgré les soins de propreté, constitue, au contraire, un état réellement morbide. Les poux du corps *(pediculi corporis)* sont ordinairement plus gros et plus blancs que ceux de la tête.

La maladie pédiculaire a été connue des anciens. Aristote la mentionne ([2]). Mais Hippocrate n'en parle point. Elle avait reçu des Grecs le nom de *phthiriase* (φθείρ, pou). Celse désigne par ce mot la production des poux entre les poils des paupières ([3]). Galien, attribuant la formation de ces insectes à une altération des humeurs, suppose qu'ils naissent sous la peau ([4]). Selon Cœlius Aurelianus, la phthiriase ne dépend pas de la production d'une autre espèce, mais de l'abondance des poux ordinaires ([5]).

([1]) Voyez la Thèse de M. L'Herminier. Paris, 1826, n° 169, p. 27.

([2]) *Historia animalium*, lib. V.

([3]) *De re medica*, lib. VI, cap. III, sect. I, art. IX, p. 324.

([4]) *De composit. medicamentarum localium*, lib. I, cap. VII. *De phthiriasi, hoc est morbo pediculari*. (*Opera*, t. II, p. 178.)

([5]) *De morb. chroniq.*, lib. IV, cap. II. *De phthiriasi*, p. 497.

Serenus Sammonicus parle de la phthiriase dans ses vers, et lui attribue la mort du poète Phérecyde de Sciros, et du dictateur Sylla [1]. Aetius [2], Avicenne [3] et plusieurs autres Arabes en disent quelques mots. Divers auteurs des XVII[e] et XVIII[e] siècles en rapportent des exemples [4]. Plusieurs monographies en ont traité; telles sont celles de Reichard [5], de Reydellet [6], de Tournadour [7]. Enfin, d'assez nombreuses observations ont été publiées par Rochard [8], Pajon [9], Chivaud [10], Marchelli [11], Alard [12], Cazals [13], Chèze [14], Vallot [15], Sinclair [16], Carlo Novellis [17], Amelung [18], Bryant [19], Cazimir Picard [20], Durr [21], Jeitteles [22], Faget [23], Félix Legros [24], Labarraque [25], Reese [26], Devergie [27].

(1) *Carmen de Medicina*. Venetiis, 1488. — Ælianus, IV, *Var. Hist.*, XXIX. — Plinius, XI, 33.

(2) *Tetrabib.* II, serm. II, cap. 67.

(3) *Canon*, lib. IV, fen. VII, tract. IV, cap. XXVI.

(4) Forestus, lib. VIII, Obs. 14, 16; lib. XI, Obs. 46. — Amatus Lusitanus, cent. III, cur. 58. — Camerarius; *Memor.*, cent. XIII, n° 89. — Schenck, liv. V, Obs. 180. — Welsch; *De vena medinensi, etc.*

(5) *Essai sur la maladie pédiculaire ou phthiriase*. Paris, 1802.

(6) Knipbof et Reichard; *De pediculis, etc.* Erfurti, 1759, p. 39.

(7) *Sur le phthiriase et sur l'œdème, etc.* (Thèses de Paris, 1816, n° 140.)

(8) *Ancien Journal*, t. XLI, p. 26.

(9) *Ibid.*, t. LVI, p. 369.

(10) *Annales cliniques de Montpellier*, t. II, p. 216.

(11) *Mém. de la Soc. méd. de Gênes.* (*Biblioth. méd.*, t. XVIII, p. 269.)

(12) *Ibid.*, p. 274.

(13) *Journal général*, t. XXX, p. 169.

(14) *Bullet. de la Faculté de Méd. de Paris*, 1812, p. 159.

(15) *Revue méd.*, t. IX, p. 390.

(16) *A pedicular eruptive disease.* (*Calcutta medical Transactions*, t. I, p. 144.)

(17) *Repert. med.-chir. del Piemonte.* (*Journ. des Conn. méd.-chir.*, 1835, t. III, p. 383.)

(18) *Hufeland's Journ.* (*Gaz. méd.*, 1838, t. VI, p. 23.)

(19) *Gaz. méd.*, 1838, t. VI, p. 304.

(20) *Bullet. de Thérap.*, t. XIV, p. 177.

(21) *Gaz. Méd.*, 1840, t. VIII, p. 618.

(22) *Oesterreichisch medicinische, etc.* (*Gaz. méd.*, 1842, t. X, p. 104.)

(23) Thèses, 1844, n° 250, p. 37. Cette Observation, recueillie dans le service de M. Devergie à l'hôpital Saint-Louis, a été reproduite dans le *Traité des maladies de la peau* de ce médecin, p. 409.

(24) *Gaz. des Hôpit.*, 1846, p. 495.

(25) *Ibidem.*

(26) *Notes of hospital practice.* (*American Journ. of med. Sciences*, 1850, t. I, p. 98.)

(27) *Bullet. de l'Acad. Impér. de Méd.*, t. XXIII, p. 318.

La phthiriase peut avoir son siége sur toute la surface de la peau. Mais, comme l'a avancé Celse et comme le prouvent les exemples fournis par Forestus et par Chèze, de Châlons-sur-Marne, les poux n'ont quelquefois habité que les paupières. Le fait communiqué par ce dernier observateur fut recueilli chez un enfant de neuf mois, qui éprouvait aux yeux une très-vive démangeaison. Il maigrissait. On trouva de ces parasites sur les paupières. Des topiques mercuriels firent disparaître cette phthiriase locale. Chèze rappelle que Lejeune avait vu de petits insectes semblables à des poux sur les conjonctives de plusieurs personnes du même quartier. Une femme les enlevait avec une aiguille.

Plusieurs auteurs ont aussi fait mention de vésicules et de tumeurs contenant des poux [1]. On serait en droit de contester l'exactitude de ces faits; cependant, ils sont fortement appuyés par une observation du baronet Wilmot, laquelle fut communiquée à Heberden [2]. Il s'agit de petites tumeurs disséminées sur la peau, qui présentaient un certain mouvement et faisaient éprouver une forte démangeaison. On les ouvrit avec une aiguille, et on les trouva pleines de poux vulgaires très-blancs. Wilmot prescrivit des lotions avec l'esprit de vin, l'huile de térébenthine et le camphre. Les poux étaient morts le lendemain.

Il a été question d'autres fois de poux sortant de l'intérieur du corps par les voies naturelles. Sauvage accepta sans défiance une histoire qui lui fut communiquée par Lefèvre, médecin d'Uzès et correspondant de l'Académie des Sciences de Paris, en 1728. A cette époque encore, les savants les plus illustres admettaient volontiers des récits fort étranges. De celui que rapporte Lefèvre, il résulterait qu'un homme rendait chaque jour, par les yeux, les oreilles, l'anus, l'urètre, et en outre par les plaies de la phlébotomie, des poux, des puces,

(1) Forestus; *Schol.*, lib. VIII, Obs. XV. — Borellus, cent. I, *Obs. méd.*, 20. — *Ephem. nat. cur.*, dec. II, ann. I, Obs. 5; ann. IV, Obs. 18. Append., p. 189, ann. V; app., p. 27-37, Obs. 18.

(2) *De morborum hist. et curat.*, ed. de Sœmmering. Francof. ad Mænum, 1804, p. 278.

des fourmis, des araignées, des lombrics et même des scarabées ([1]).

Ce peu de mots fixe assez sur la valeur du fait. Il en a été cité un autre moins extraordinaire, et peut-être plus authentique, quoique dépourvu encore de l'exactitude désirable. Il a été publié par Marchelli; c'est celui d'une femme de cinquante ans, robuste, sujette à des érysipèles, et ensuite à la phthiriase. Les poux, très-petits, couvraient le corps, et de plus sortaient par l'anus et par l'oreille ([2]).

Pour mettre l'étude de la phthiriase à l'abri des inductions mal fondées, il convient d'en élaguer ces histoires, d'ailleurs peu nombreuses, qui n'offrent point les garanties d'une observation sérieuse.

a. — Causes de la phthiriase. — 1° Cette maladie a été d'une fréquence à peu près égale dans les deux sexes. Cependant, en rapprochant 25 des observations ci-dessus mentionnées, on en trouve 11 pour le sexe masculin et 14 pour le sexe féminin.

2° Cette maladie s'est montrée à presque tous les âges. On l'a vue chez des enfants de quatre ans (Casimir Picard, IIe Obs.), de huit (Durr, IIe Obs.; Casimir Picard), et de dix ans (Reydellet, Ire Obs.), et chez des personnes de soixante ans (Amelung, Tournadour), de soixante-quatre (Amelung), de soixante-huit (Reydellet), de soixante-dix (Carlo Novellis), de soixante-seize (Cazals), de quatre-vingt-quatre ans (Chivaud).

3° La phthiriase a été observée chez des individus qui paraissaient bien constitués (Reydellet, p. 11, Tournadour), se tenant très-propres et se nourrissant convenablement (Pajon, Félix Legros, Devergie, etc.). Elle n'a même pas épargné de grands personnages. On dit qu'Hérode Antipas, Philippe II, roi d'Espagne, la fille de l'empereur Nicephore ([3]), etc., en sont morts.

([1]) *Nosologia methodica*, t. II, p. 603.

([2]) *Mém. de la Soc. Méd. de Gênes.* (*Biblioth. méd.*, t. XVIII, p. 269.)

([3]) Welsch; *De vena medinensi*, p. 42.

4° Plus souvent, cette maladie a atteint les individus faibles, plongés dans la misère, dans la malpropreté, dans l'ivrognerie (Durr, Ire Obs.), dans la débauche. Le malade dont M. Devergie et M. Faget ont donné l'histoire, venait de se livrer à de honteux excès et de vivre dans le vagabondage, lorsqu'il fut atteint de syphilis, de gale et de phthiriase.

5° On a vu la phthiriase chez des individus dont la transpiration, surtout celle des pieds, était naturellement infecte (Jeitteles, Durr, IIe Obs.)

6° La phthiriase s'est montrée chez des individus ayant déjà des affections herpétiques, syphilitiques, scrofuleuses, scorbutiques, des ulcères cutanés (Jeitteles, Durr, Chivaud, Reydellet) ou des indices de cachexie séreuse (Picard, Ire et IIe Obs., Reydellet, p. 12).

7° Elle a été observée chez des personnes atteintes de lésion, d'affaiblissement du système nerveux, d'idiotie, d'aliénation mentale. Les cinq femmes mentionnées par Amelung étaient dans ces conditions de santé. Le sujet dont parle le Dr Reese était dans un état de stupidité. On a vu alterner la phthiriase et la manie (1).

8° La maladie pédiculaire s'est montrée chez des individus sujets à des affections rhumatismales (Reydellet, Félix Legros), à l'asthme (Chivaud, Tournadour). Elle a paru, dans certaines constitutions médicales, comme suite de diverses maladies (2).

9° Enfin, cette maladie a été attribuée à une cause singulièrement dégoûtante et qui depuis longtemps ne se renouvelle plus. Du temps de Zacutus Lusitanus, les paysans croyaient guérir l'ictère en faisant avaler des poux. Une jeune fille, dit ce médecin, fut, par suite de ce traitement, atteinte de phthiriase (3).

5. — Symptômes, marche, terminaisons de la phthiriase. — 1° L'invasion pédiculaire a été quelquefois précédée d'accès de fièvre

(1) Perfect; *Annals of insanity, etc.*, n° 81.

(2) Compte rendu de la Faculté de Médecine de Paris. (*Ancien Journal*, t. LVIII, p. 348.)

(3) *Praxis admirabilis*, cap. II, Obs. 7. *Ephem. nat. cur.*, dec. II, ann. V, app., p. 37

intermittente (Cazals, Sinclair), de céphalée, puis de picotements, de prurit sur les diverses parties du corps.

2° Il s'est souvent formé des vésicules, des papules, des croûtes ou des squames, parfois des taches pétéchiales (Amelung).

3° Les poux ont apparu en nombre considérable sur la nuque, le dos, le devant de la poitrine, sous les mamelles, les aisselles, sur les avant-bras, les flancs, les cuisses, les jambes, entre les orteils (Amelung, IVe Obs.) Quelques observateurs ont cru les voir sortir à travers les pores de la peau. Il a été constaté que la surface cutanée ayant été parfaitement nettoyée et débarrassée des insectes qui la couvraient, très-peu d'heures après on en retrouvait presque autant (Bryant).

4° Le plus souvent il n'y en avait ni dans les cheveux ni sur le pubis; mais dans d'autres cas ils formaient comme des fourmilières au milieu de pelotons de cheveux entortillés (Casimir Picard). D'autres fois, enfin, ils se cachaient en grand nombre sous des croûtes épaisses provenant d'un suintement plus ou moins abondant d'une matière visqueuse, roussâtre, infecte (Durr, Amelung, Faget).

5° Le prurit et l'irritation causée à la peau par cette multitude d'insectes, ont produit l'insomnie, l'agitation, la maigreur, la tristesse.

6° La maladie pédiculaire, en se manifestant, a paru diminuer et même faire cesser d'autres affections. On a vu l'asthme se calmer. La gale a disparu, pour se reproduire, quand les poux avaient été détruits (Devergie et Faget). La gale a pu se produire après la phthiriase, et Rochard a même cru que l'une s'était métamorphosée en l'autre [1].

7° La durée de la phthiriase n'a rien de déterminé. Quelquefois elle a pu disparaître rapidement, ou persister plusieurs années, malgré tous les moyens employés (Pajon, Alard, Vallot).

8° Sa cessation brusque a pu causer une mort rapide

[1] *Ancien Journal*, t. XLI, p. 26.

(Tournadour). La mort a aussi été la conséquence d'un état de détérioration et de faiblesse générales, ou des lésions du système nerveux (Picard, Amelung).

e. — **Traitement de la phthiriase.** — La phthiriase présente deux indications : la première est de tuer les insectes qui pullulent sur la peau; la seconde de combattre les dispositions morbifiques générales qui ont favorisé la génération pédiculaire.

Pour remplir la première indication, on s'est servi de la cévadille (Amelung), de la créosote étendue dans de l'eau (Jeittcles), et surtout des préparations mercurielles. Sinclair a employé les frictions avec l'onguent napolitain; les poux sont morts sur-le-champ. Tournadour a obtenu le même résultat. Reese s'est servi d'un onguent dans lequel entrait le nitrate de mercure: le malade a guéri, mais en présentant une légère salivation ([1]). Carlo Novellis a prescrit des lotions de sublimé, et Durr les bains alcalins avec les mêmes lotions. Hufeland avait proposé l'emploi des préparations arsénicales([2]). M. Devergie a employé une pommade composée d'axonge, 30^{gr}, et de carbonate de potasse, 2, à 4^{gr}. Schwandner paraît avoir réussi par le moyen des frictions avec le savon vert ([3]).

La seconde indication réclame, si le sujet est faible et cachectique, une alimentation convenable, suffisante, et l'usage des toniques, tels que l'infusion de quinquina ou de gentiane.

Si quelques indices font soupçonner l'influence d'une diathèse herpétique ou scrofuleuse, on doit avoir recours aux bains sulfureux, qui peuvent atteindre un double but, car ils sont insecticides.

Enfin, il ne faut pas oublier que Cazals, ayant constaté les rapports de la phthiriase avec une fièvre intermittente, guérit ces deux maladies par le moyen du quinquina.

([1]) M. le Dr Jeannel a détruit les poux de la tête et du pubis, sans le moindre inconvénient, avec une pommade contenant un vingtième de stéarate de mercure.

([2]) *Biblioth. méd.*, t. XLVIII, p. 116.

([3]) *Journ. des Sciences méd. de Bruxelles*, 1856, t. II, p. 459.

II. — GALE.

La gale est une affection cutanée, chronique, vésiculeuse, quelquefois papuleuse ou pustuleuse, accompagnée d'une vive démangeaison, et causée par la présence sous l'épiderme d'arachnides microscopiques, qui sont les agents d'une contagion très-active.

a. — Historique. — Les médecins grecs se servaient du mot *psore* (ψώρα) pour désigner diverses affections cutanées prurigineuses, parmi lesquelles la gale était probablement comprise. Celse a employé le mot *scabies* à peu près dans le même sens ; mais aucune description précise ne le rattache exclusivement à la gale. Toutefois, l'usage a fait admettre ces diverses dénominations comme synonymes.

Ce terme de gale n'a pas lui-même une étymologie bien précise. Les uns le font venir de *callus*, dur ; les autres de *galla*, nom donné aux excroissances qu'engendrent certains insectes sur diverses parties des végétaux, comme sur les feuilles ou les rameaux du chêne.

Mais qu'importe l'origine du nom, lorsqu'on a sur la maladie elle-même des notions très-positives. Or, il n'en est guère dont la cause soit mieux connue, dont les caractères soient plus évidents, dont le traitement soit plus efficace et plus rapide.

La connaissance de cette cause remonte au XII[e] siècle. Avenzoar, décrivant les vésicules de la gale, mentionne l'insecte, très-analogue au pou, qui la produit en se cachant sous l'épiderme des mains et des pieds ([1]).

Dans le milieu du XVII[e] siècle, les recherches se multipliant sur tous les sujets relatifs à l'histoire naturelle, et le microscope prêtant son secours, on reconnut l'existence de l'acarus, et on put en étudier les mœurs. Mouffet indiqua ses pérégri-

([1]) Theisser : *Rectificatio medicationis et regiminis*. Venet., 1549. Tract. VII, lib. XIX, p. 43.

nations à travers la peau humaine (1). Deux savants Italiens, le Dr Giovan-Cosimo Bonomo et le pharmacien Hyac. Cestoni, de Livourne, donnèrent, dans une lettre à Redi (2), les résultats de leurs attentives observations. Cestoni avait vu des galeux extraire avec la pointe d'une épingle des animalcules de dessous l'épiderme de leurs mains. Procédant de même, il aperçut les acarus, il les vit marcher sur la peau, s'enfoncer, se creuser des chemins couverts. Il trouva leurs œufs, et même il surprit sous le microscope un de ces arachnides au moment de la ponte, alors que le dessinateur Isaac Colonello en traçait la figure. Bonomo, s'élevant ensuite à des considérations générales, se déclara contre les doctrines en vogue relativement à la gale; et attribuant entièrement cette maladie au ciron, il n'admit comme moyen de traitement efficace que la destruction de cet animalcule. Il prévint même que la mort de celui-ci ne suffirait pas, et que les œufs laissés intacts pouvaient plus tard reproduire l'éruption psorique. Comme on le voit, la théorie de la gale était déjà trouvée.

Je n'indiquerai pas les divers observateurs qui marchèrent sur les traces de Bonomo et de Cestoni. Je dois cependant mentionner de Geer (3) et Wichman, et surtout Adams, qui fit à Madère, en 1801, des observations curieuses sur lui-même et sur un de ses amis, suivit avec attention les ravages occasionnés par les sarcoptes, et donna une figure de ces insectes (4).

Néanmoins, au commencement de ce siècle, soit que l'emploi du microscope fût alors tombé en discrédit, soit que les médecins eussent vainement essayé de retrouver le sarcopte de la gale, il n'en était presque plus question, lorsqu'en 1812, Galès, alors pharmacien à l'hôpital Saint-Louis, se mit à le chercher et parvint à le montrer aux élèves d'Alibert (5). Une

(1) *Insectorum sive minimorum animalium theatrum.* Londini, 1634, cap. XXIII, p. 266.
(2) Cette lettre est traduite dans la *Collection académique*, partie étrangère, t. IV, p. 574.
(3) *Mém. pour servir à l'histoire des insectes*, 1778, t. VII, p. 94.
(4) *On morbid poisons*, p. 293.
(5) Il fit sa thèse sur ce sujet. Paris, 1812, n° 151.

commission fut nommée et vérifia l'exactitude des faits annoncés.

Mais cette résurrection de l'acarus ne fut pas de longue durée. Par une circonstance que je ne chercherai point à expliquer, mais que les uns ont attribuée à une inadvertance inexcusable [1], les autres à une indigne supercherie [2], le sarcopte figuré dans la dissertation de Galès n'était point celui de la gale humaine : c'était l'acarus du fromage ou celui de la farine. D'un autre côté, Mouronval s'était mis à la poursuite des acares, et n'en ayant pas trouvé dans les vésicules psoriques, avait formellement nié leur existence [3]. L'acarus était donc encore mort, ou du moins jugé tel, lorsque, plus de trente ans après, il apparut de nouveau, pour ne plus disparaître. Un jeune médecin corse, M. Renucci, se souvenant que dans son pays les vieilles femmes font la chasse aux cirons de la gale, non en les cherchant dans les vésicules elles-mêmes, mais en les saisissant dans des gîtes voisins, imita leur procédé et réussit de même [4]. Cette découverte fit une assez vive sensation. Il n'y eut plus moyen de contester l'intervention du ciron, et de nombreux observateurs sont venus ajouter quelques traits à son histoire. M. Albin Gras suit sa marche et constate son degré de résistance aux agents de destruction dont on l'entoure [5]. M. Got l'observe chez divers animaux, et recherche s'il peut émigrer d'une espèce sur une autre, pour y transporter le même genre d'éruption [6]. M. Hebra, de Vienne, trouve en lui le secret de l'étiologie de la gale, et en déduit le meilleur mode de traitement [7]. M. Bourguignon soumet cet arachnide, pendant plusieurs années, à d'assidues

[1] Voyez les explications données par M. Moreau, dans la séance de l'Académie de Médecine du 3 oct. 1834.

[2] Raspail. — Bourguignon. — Etc.

[3] *Recherches sur les causes de la gale, faites à l'hôpital Saint-Louis en 1819, 1820 et 1821*. (Thèses de Paris, 1821, nº 130.)

[4] Tous les journaux de l'époque, et thèse de Renucci. Paris, 1835, nº 83.

[5] *Gaz. méd.*, 1834, p. 815 ; — et Thèses de Paris.

[6] Thèses de Paris, 1836, nº 116.

[7] *De la gale*, trad. par M. Joris, dans *Annales des maladies de la peau*, nov. 1844, t. II, p. 112

recherches, et donne des détails très-curieux sur son anatomie et sa physiologie ([1]). M. Lanquetin ([2]) découvre l'acarus mâle, qui n'avait été qu'entrevu par M. Eichstedt ([3]). Enfin M. Piogey trouve encore, après tant de travaux, quelques remarques importantes à faire sous le rapport du diagnostic de la gale ([4]).

Indépendamment de ces intéressantes observations, l'histoire de la gale se complétait d'une manière extrêmement heureuse par les perfectionnements successifs du traitement. On verra bientôt à quels résultats on est parvenu. Aujourd'hui, des milliers de galeux guérissent en deux heures.

a. — Causes de la gale. — Les recherches exactes qui ont été faites à diverses époques, et surtout dans ces derniers temps, conduisent à cette donnée positive, que la gale reconnaît pour cause essentielle la présence et la propagation d'un acarus.

Tous les dermatologues ne semblent cependant pas complétement édifiés sur ce point. M. Devergie conserve des doutes. Il croit que l'acarus est le produit et non la cause de l'éruption psorique; que celui-ci peut se développer spontanément sous l'influence de la malpropreté, de la misère, des excès ([5]). Il appuie son opinion sur les remarques suivantes : 1° le nombre des acarus qu'on trouve chez les galeux n'est pas en rapport avec celui des vésicules; 2° dans la recherche des causes, très-souvent on ne peut découvrir de quelle manière la gale se serait produite ou comment elle aurait été communiquée; 3° si le premier galeux offrit l'exemple d'une génération spontanée du sarcopte, on peut bien admettre une deuxième, une troisième, une centième génération spontanée du même animalcule; 4° c'est toujours d'une vésicule qu'émane le sillon qui contient l'acarus; 5° l'éruption vésiculeuse qui

([1]) *Traité entomologique et pratique de la gale de l'homme*. Paris, 1852, in-4°.

([2]) *Annales des maladies de la peau*, t. IV, p. 1.

([3]) La note fournie par cet observateur a été insérée dans le *Traité d'anatomie pathologique* du docteur Simon, de Berlin. Elle est traduite dans les *Annales des maladies de la peau*, t. IV, p. 2.

([4]) *Gaz. méd.*. 1853, p. 531, 545.

([5]) *Maladies de la peau*, p. 397.

succède à la contagion se montre à des époques très-différentes, et par conséquent en ne suivant pas les lois d'une incubation régulière ; en outre, les formes et les degrés de l'éruption sont très-variables et constituent des affections diverses, ce qu'on ne concevrait pas avec une cause toujours identique; 6° la gale peut s'atténuer, disparaître même un certain temps, pour se montrer de nouveau. Pendant cette période, que devient l'acarus, et comment ensuite semble-t-il renaître?

Tous ces arguments, développés avec talent et appuyés de quelques faits, donnent à la thèse soutenue par M. Devergie un crédit spécieux, qui serait propre à gagner l'opinion si des observations exactes et nombreuses et si la réflexion n'en réduisaient de beaucoup la valeur.

1° On ne trouve pas toujours, en pathologie, un rapport exact entre une cause et ses effets. Un petit nombre d'acarus, chez un sujet irritable, peut produire les plus vives réactions, des papules, des pustules, etc. D'ailleurs, les recherches qu'on fait sont-elles suffisantes pour apprécier au juste le nombre des acarus logés soit dans les sillons, soit ailleurs; on verra en effet que les mâles ont une résidence autre que celle des femelles.

Mais un fait plus facile à vérifier et qui l'a été trop souvent pour qu'un doute puisse être permis, c'est que la gale est une maladie essentiellement contagieuse, qu'on la transmet en transportant un acarus d'un individu sur un autre, et que les galeux seuls offrent des insectes de ce genre. On s'est assuré que le fluide des vésicules, celui des pustules, que les croûtes, ne transmettent pas la gale [1], que les cirons morts, ou écrasés vivants, et inoculés, restent sans effets [2]. Ne faut-il pas en conclure que c'est bien l'acarus lui-même qui transmet la gale, qu'il est cause et non effet ?

2° Si parmi les galeux il s'en trouve qui ne peuvent expliquer de quelle manière ils ont contracté l'affection psorique, il ne s'ensuit pas qu'on doive nier à leur égard la communica-

(1) Hebra, p. 120. — *Gaz. méd.*, 1843, p. 399.
(2) Bourguignon, p. 143.

tion fortuite des sarcoptes. Les malades ont souvent intérêt à nier des rapports qu'ils auraient honte d'avouer. Ils peuvent aussi s'être exposés, sans y prendre garde, à des contacts susceptibles de les infecter. Des vêtements ou autres objets peuvent transmettre des acarus ou leurs œufs. Enfin, on sait combien il est difficile d'obtenir des malades qu'on interroge des réponses catégoriques, surtout quand on ne leur donne ni le temps ni l'occasion de recueillir leurs souvenirs.

3° M. Devergie admet la probabilité d'une génération spontanée des acarus. Il m'est impossible de partager cette opinion, en examinant avec attention ces êtres à formes si constantes, à structure si complexe, et surtout lorsqu'on trouve chez eux des organes de sexe différent, qu'on recueille leurs œufs et qu'on observe leurs évolutions successives. Si on a pu supposer pour certains êtres dont la parenté est tout à fait inconnue une génération spontanée, il ne saurait en être de même au sujet des acarus, dont la reproduction est si féconde, si facile et si bien constatée. D'ailleurs, les ressources de la nature pour la dissémination des germes, pour la multiplication des individus, sont infinies, et si nous en connaissons quelques-unes, tenons pour certain que beaucoup nous ont échappé.

4° M. Devergie pense que l'acarus né dans une vésicule s'éloigne en creusant le sillon qui le renferme. Mais il n'y a pas toujours un semblable rapport entre le sillon et la vésicule. Quoique voisins ils peuvent être parfaitement séparés et sans communication.

5° L'apparition en des circonstances diverses et la différence des formes de l'éruption psorique ne prouvent pas que celle-ci soit indépendante de la présence des acarus; seulement, les effets, l'intensité de l'excitation, provoqués par ces derniers, varient selon les individus, leur susceptibilité, leur énergie, soit de résistance, soit de réaction. C'est le fait de toutes les causes pathogéniques. On n'a nullement besoin d'admettre plusieurs causes pour expliquer la production de plusieurs effets. Ainsi, le virus syphilitique donne lieu à des symptômes

très-variés : faut-il supposer un virus spécial pour chacun d'eux.

6° La disparition apparente de la gale pendant le cours d'une maladie grave et sa reproduction dans la convalescence, sont des faits incontestables. J'en ai cité un exemple à l'occasion de la variole (1); la phthiriase et une autre maladie de la peau (2) peuvent offrir le même résultat. La destruction de l'arachnide n'est qu'apparente. Il vit, et même continue à se reproduire, mais avec moins d'activité, et il n'est pas senti par le tissu cutané, que des irritations d'un genre différent tiennent momentanément sous leur dépendance.

En résumé, la production de la gale n'est pas indépendante de la présence des acarus, et ceux-ci jouent positivement le rôle de cause. Des éruptions vésiculeuses peuvent offrir une grande analogie avec celles de la gale, sans être dues à la présence de l'acarus; mais ces éruptions ne sont pas réellement psoriques, elles ne sont pas contagieuses, elles ne guérissent pas par le traitement si efficace de la gale.

La propriété contagieuse forme le caractère étiologique le plus essentiel de la gale. Cette contagion doit être immédiate ou s'opérer par l'intermédiaire de corps solides, comme le linge, les draps, les vêtements.

C'est une contagion virulente. Le virus n'est autre que l'insecte vivant. Il ne s'agit point ici de contagion miasmatique. Les médecins, les élèves, les infirmiers, qui dans les hôpitaux où se trouvent beaucoup de galeux sont sans cesse dans une atmosphère imprégnée de leurs émanations, ne contractent pas la gale. Il faut même remarquer que la gale ne se contracte pas malgré l'obligation où l'on est souvent de toucher les galeux. Des médecins qui, dans ces derniers temps, ont fait pendant plusieurs années des recherches à peu près journalières sur les individus atteints de cette dermatose, ne l'ont pas contractée. On peut citer MM. Hébra, Albin Gras, Got, Bourguignon, Piogey, etc. Jadis, à l'hôpital Saint-André de

(1) T. IV, p. 103.

(2) Paget; Thèses, 1844, n° 250, p. 47, etc.

Bordeaux, comme probablement dans presque tous les hôpitaux, le traitement de la gale débutait par une saignée du bras. C'est là que les plus jeunes élèves faisaient leur apprentissage. Aucun d'eux, que je sache, n'y a jamais pris la gale.

C'est par un contact plus immédiat, et surtout opéré sans précaution, sans attention, que la transmission s'opère; c'est surtout pendant la nuit et lorsqu'un individu couche à côté d'un galeux ou dans le lit que celui-ci vient de quitter.

On peut demander comment il se fait que les acarus logés sous l'épiderme, s'y cachant dès qu'ils sont sur la peau, ont une tendance à se porter d'un individu sur un autre. Ce mécanisme se conçoit aisément. Le galeux est pris, surtout au lit, par de violentes démangeaisons; il se gratte avec force, brise la couche épidermique qui recouvre les acarus, les met à nu, et les disperse loin du lieu qu'ils avaient pris pour domicile. Ainsi transportés par les doigts, par les vêtements, ils cherchent de nouveaux gîtes et s'y attachent.

La transmission s'opère d'ailleurs avec plus ou moins de facilité, selon quelques circonstances.

Ces circonstances sont relatives moins à des dispositions individuelles qu'à des occasions de contact. Ainsi, les hommes y sont plus exposés que les femmes. Suivant M. Hebra, les premiers sont relativement à celles-ci dans la proportion de 7 à 1 [1]. D'après M. Mouronval, sur 1,867 galeux qui entrèrent en 1820 à l'hôpital Saint-Louis, il y eut 1,234 hommes et 633 femmes [2]. Les enfants à la mamelle sont aptes comme les adultes à contracter la gale; néanmoins, cette maladie est peu fréquente chez eux. D'après l'observateur que je viens de citer, sur le nombre total de 1,867, on comptait 1,342 individus âgés de quinze à vingt-cinq ans, et 18 enfants encore confiés à des nourrices [3].

Les individus les plus exposés à prendre la gale sont les

[1] P. 119.
[2] P. 10.
[3] P. 9.

voyageurs de bas étage, les journaliers, les garçons tailleurs ou cordonniers, les domestiques, les couturières, etc.

Les individus qui vivent dans la malpropreté, dans l'ivrognerie, dans la débauche, sont les plus sujets à contracter cette maladie. Elle est plus fréquente en été qu'en hiver.

Elle a été comme endémique dans certaines contrées; par exemple, dans la basse Bretagne, dans les Asturies, dans l'île de Corse, en quelques régions de l'Italie, et probablement en beaucoup d'autres pays. Mais il est à présumer que les progrès de la civilisation, le bien-être plus général des populations rurales en restreindront chaque jour le domaine. Dans les grandes villes, où les vices abondent, la misère et les maux qu'elle entraîne sont loin encore de disparaître, et la race des sarcoptes y trouvera longtemps une abondante pâture.

La contagion de la gale par la transmission et la propagation de l'acarus humain, ayant été mise hors de doute, on s'est demandé si cette communication pouvait s'opérer des animaux à l'homme.

On sait que divers animaux présentent des éruptions vésiculeuses de nature psorique, et on a constaté dans ces cas la présence de l'acarus; mais on a vu aussi que ce parasite offre quelques différences, selon les genres ou les espèces de mammifères qui les présentent.

Le cheval est assez sujet à la gale, et on a cité des exemples de transmission de cette maladie à l'homme. Ce sont surtout les cavaliers, les palefreniers, les cultivateurs, qui ont offert ces exemples (1). En 1848, un homme a présenté, dans le service de M. Cazenave, à l'hôpital Saint-Louis, un fait de ce genre (2). On a essayé de transporter les acarus du cheval sur la peau humaine. Un jeune vétérinaire a fait cette expérience; il a placé sur son bras huit sarcoptes pris sur un cheval galeux. Une vive démangeaison s'en est promptement suivie, et les parasites semblaient très-disposés à s'accommo-

(1) Voyez un exemple qui me semble peu probant, rapporté par Fauvet, dans les journaux italiens. (*Revue méd.*, 1823, t. X, p. 284.)

(2) *Gaz. des Hôpit.*, 1848, p. 391.

der de ce nouveau domicile (1). Toutefois, la gale ainsi contractée ne paraît pas semblable à la gale propre à l'espèce humaine. Elle est plus souvent pustuleuse que vésiculeuse. On ne distingue pas de sillons. L'éruption, commencée aux mains, se répand dans les diverses parties du corps; mais sa durée n'est pas longue. Elle se termine ordinairement d'elle-même au bout de quelques jours; cependant elle peut durer plus d'un mois.

Nous avons eu l'occasion de faire quelques remarques à ce sujet. Depuis plusieurs années on élève des sangsues dans divers marais des environs de Bordeaux. Pour fournir à l'alimentation des sangsues, on se sert de chevaux vieux et ruinés. Ces chevaux ont souvent la gale. Les gens qui les soignent contractent une affection cutanée assez analogue. Cette maladie était répandue en 1854 dans les marais de Parempuyre, lorsque mon fils, en qualité de médecin des épidémies, fut invité par le préfet de la Gironde à l'aller observer. Il constata qu'effectivement plusieurs individus présentaient une éruption vésiculo-pustuleuse, avec vive démangeaison, ne reconnaissant d'autre cause que le contact des chevaux galeux. Deux de ces individus en étaient atteints depuis plusieurs mois, et cette maladie avait résisté aux moyens usités contre la gale (2). J'ai été consulté par quelques éleveurs de sangsues pour des éruptions de même nature. Les avant-bras en portaient surtout les atteintes. C'étaient de petites pustules à base rouge et à sommet conique, largement disséminées. J'y cherchai vainement la trace des sarcoptes.

M. Bourguignon avait contesté la possibilité de la transmission de la gale du cheval à l'homme, le parasite de ce quadrupède ne pouvant vivre chez ce dernier (3). Mais de nouvelles observations qu'il a faites avec M. Delafond conduisent à faire admettre que le cheval, indépendamment de l'acarus propre aux herbivores, et qui ne transmet pas la gale, peut

(1) Hertwig. (Thèse de Got, p. 36.)

(2) *Travaux du Conseil d'hygiène publique de la Gironde*, t. III, p. 567.

(3) Séance de l'Académie des Sciences, 11 novembre 1850. (*Union méd.*, 1850, p. 552.)

en offrir un autre, analogue à celui des carnivores, et qui peut vivre chez l'homme en se creusant des sillons (1). Cette différence explique les résultats variés des essais tentés et des observations faites.

La gale peut être transmise du chien à l'homme, selon quelques observateurs (2). D'autres le contestent (3).

On cite des faits qui tendraient à prouver qu'elle a pu passer des chats à l'espèce humaine (4).

Un chameau du Jardin-des-Plantes, qui en était affecté, la communiqua à dix employés de cet établissement, qui furent soignés par Biett à l'hôpital Saint-Louis (5).

Un phascolome infecté de la gale, encore au Jardin-des-Plantes de Paris, la communiqua, assure-t-on, à son gardien (6).

Tous ces faits de pathologie comparée offrent de l'intérêt, mais ils appellent de nouvelles recherches.

b. — Phénomènes symptomatologiques et entomologiques de la gale. — I. *Incubation psorique.* — Cette première période commence dès l'instant où un acarus vivant et apte à vivre a été déposé exprès ou accidentellement sur la peau d'un individu. Celui-ci sent, le soir et dans les premières heures de son séjour au lit, un chatouillement, un fourmillement inusité, un prurit qui n'est pas désagréable, et qui provoque le passage des doigts et des ongles sur les points excités.

Le sommeil en est empêché, puis il arrive, mais il est souvent interrompu. Le jour, la démangeaison est presque nulle; toutefois, si le malade essaie de dormir, le prurit se fait vivement sentir, comme la nuit.

Il survient quelquefois alors des phénomènes sympathiques

(1) Séance de l'Académie des Sciences du 11 février 1856.

(2) Grognier; *Compte rendu des Travaux de l'École vétérinaire de Lyon,* 1817. (*Annales de l'Agriculture française,* t. LXX, p. 267. — Biett; *Dictionnaire de Médecine,* 2e édit., art. *Gale.* — Observations de Viborg, de Hertwig, de Mouronval, etc. (Thèse de Got, p. 60.)

(3) Obs. de Leblanc, constatée par M. Rayer. (*Maladies de la peau,* t. I, p. 460.)

(4) Obs. de Hertwig, Berthold, etc. (Voyez Mouronval, p. 12.)

(5) Article *Gale* du *Dictionn. de Méd.,* 2e édit.; — et thèse de Got, p. 27.

(6) Rayer; *Maladies de la peau,* t. II, p. 921.

assez curieux. M. Bourguignon rapporte ceux qu'il a lui-même éprouvés ([1]). Il avait placé sur son avant-bras gauche un acarus, qui bientôt s'était dirigé vers la main et y traçait des sillons, lorsque, quinze jours après, il se manifesta, le soir et à plusieurs reprises, des picotements très-douloureux au scrotum. M. Hebra pose un ciron sur la face interne de son médius gauche; huit jours après, il éprouvait une vive démangeaison sur tout le corps ([2]).

Ce prurit se conçoit très-bien sans l'admission d'un fluide, d'un virus, d'un venin spécial. Il suffit de la présence d'un ou de plusieurs acarus introduits sous l'épiderme, et titillant de très-près les houppes nerveuses, pour se rendre compte de ces phénomènes.

II. *Sillons psoriques.* — Un acarus est à peine parvenu sur la peau humaine, qu'il s'efforce de s'y cacher. Il fouille et bientôt pénètre sous l'épiderme. Là, il trace un sillon ou galerie couverte, un terrier, un cuniculus.

Ce sillon suit une ligne droite ou courbe, quelquefois il est circulaire; sa longueur est de 1 à 4 centimètres. On ne l'observe que chez l'homme.

On le trouve principalement entre les doigts, sur le dos des mains, quelquefois à la face palmaire, aux poignets, dans les plis des articulations, sur le pénis, enfin aux mamelles chez les femmes.

Quand l'épiderme est épais, comme à la paume des mains et à la plante des pieds, le sillon paraît tracé entre les lames ou couches du tissu épidermique ([3]). Là où cette membrane est mince, le sillon est sous-épidermique.

Sur tout son trajet, ce sillon soulève à peine l'épiderme. Il se distingue cependant par le détachement de petites lamelles. Quand il est récent, il paraît un peu saillant; s'il est ancien, il est aplati, et quelquefois l'épiderme est détaché sur son trajet.

Ce sillon peut être aperçu quand il y a huit ou quinze jours

([1]) P. 138.
([2]) P. 120.
([3]) Piogey, p. 547.

qu'il a été tracé. On le distingue même à l'œil nu et mieux avec une loupe. Il forme une ligne ordinairement tortueuse, sur laquelle s'observent des points blancs, qui sont des pellicules épidermiques, et des points noirs, qui sont de petites perforations [1].

Enfin, ce sillon présente deux extrémités; l'une est inégale, large, furfuracée, souvent marquée par les débris d'une vésicule; c'est l'entrée. L'autre est étroite, imperforée, arrondie, lisse, opaline ou blanchâtre; c'est là qu'on trouve l'acarus.

III. *Acarus* — L'extraction de l'acarus de son gîte n'est pas difficile. On l'opère avec un instrument acéré, une aiguille ou une épingle.

Les mots *ciron* de la gale, *sarcopte, acarus,* sont synonymes. Ce dernier, qui est le plus employé, n'indique que l'extrême petitesse de l'animal [2]. Il n'est pas exact.

Les caractères entomologiques de ce parasite sont ainsi déterminés :

« Insecte testudiniforme, tête à deux palpes adhérents, latéraux, onguiculés, et faux palpes à quatre mandibules superposées par paire, didactyles, les deux supérieures armées d'onglet; — quatre pattes antérieures articulées, pourvues d'un ambulacre coronculé ou à ventouse; — respiration par l'ouverture buccale, non à l'aide de stigmates ou de trachées.

» Acarus femelle : quatre pattes postérieures articulées, terminées par un long poil; — épimères des pattes postérieures séparées; — nombreux appendices cornés sur la face dorsale; — métamorphoses; — un tiers de millimètre en volume.

» Acarus mâle : organes sexuels très-distincts; — ambulacre coronculé ou à ventouse à la dernière paire des pattes postérieures; — épimères des pattes postérieures réunis; — appendices cornés dorsaux en petit nombre; — un cinquième de millimètre en volume.

» Larves : hexapodes, sans organes sexuels distincts [3]. »

(1) Bourguignon, p. 150.

(2) Ακαρως, *trop petit pour être divisé.*

(3) Bourguignon, p. 205.

Ce résumé des caractères du genre et du sexe ne fait point connaître toutes les particularités d'organisation de l'acarus. C'est dans les auteurs qui en ont donné une description détaillée qu'il faut les chercher. Je renvoie surtout au Mémoire de M. Bourguignon.

Ce médecin a aussi donné des détails curieux sur la physiologie de l'acarus. Cet insecte, qui ressemble à la tortue, en a les allures et le genre d'attitude. Il peut marcher avec assez de rapidité quand il ressent une douce chaleur. On l'a vu aller en moins de dix minutes de la main à l'épaule [1]. Il meut ses huit pattes, sa tête et tout son corps avec régularité. Il sait soulever ou diviser les pellicules épidermiques qui forment l'entrée de son terrier. Par ses mouvements latéraux, il élargit l'ouverture qui doit admettre son corps, et il s'avance sous l'épiderme, qu'il laboure chaque nuit. Ses stations sont marquées par une légère perforation de l'épiderme, opérée sans doute pour permettre à l'air de pénétrer jusqu'à lui. Il respire, en effet, et c'est par sa bouche que l'air entre, ainsi que les aliments, à l'aide d'une déglutition facile, à laquelle concourt surtout le jeu d'une valvule très-contractile. Une excrétion du résidu des matières alimentaires s'opère sous la forme de petits corpuscules ovoïdes, noirâtres ou jaunâtres, signalés par Heyland [2], par Eichstedt [3]. Ce sont ces corpuscules qu'on peut apercevoir dans les sillons à travers les petites perforations de l'épiderme.

Une fonction très-importante chez l'acarus est la reproduction. L'acarus femelle est connu depuis longtemps, et l'on doutait presque de l'existence de l'acarus mâle humain [4], lorsque M. Lanquetin, élève externe à l'hôpital Saint-Louis, vint lever toute incertitude [5]. On ne le trouvait pas, parce qu'on le cherchait dans les sillons; de même que vingt ans avant on

(1) Bourguignon, p. 86.
(2) *De acaro scabiei humano*. Berol., 1836.
(3) *Annales des maladies de la peau*, t. IV, p. 4.
(4) Entrevu par Eichstadt. (Bourguignon, p. 191.)
(5) *Gaz. des Hôpit.*, 1851, p. 485.

cherchait vainement des acarus quelconques dans les vésicules psoriques. L'acarus mâle s'enfonce sous une couche mince d'épiderme et n'y creuse pas de sillon ; mais il parcourt ceux qu'ont pratiqué les femelles qu'il doit féconder. Il est très-agile, assez petit, et les segments de son corps sont bien dessinés. On pense qu'il y a un acarus mâle pour dix femelles (1).

Il paraîtrait, en outre, qu'il suffit d'une fécondation pour provoquer de nombreuses pontes d'œufs. Chaque ponte est, terme moyen, de quatre œufs. Elle s'opère dans l'espace de trois ou quatre jours. L'acarus avance d'un millimètre par vingt-quatre heures, et au bout de quatre ou cinq jours commence une nouvelle ponte.

Les œufs occupent les diverses parties du corps de la femelle. Ils sont quelquefois près d'éclore, et même l'embryon est déjà apparent lorsqu'ils se détachent.

Ils passent par des évolutions successives pendant une période d'environ dix jours.

Les jeunes larves sont hexapodes ; elles subissent des métamorphoses, et l'acarus femelle présente un dépouillement périodique de ses téguments, une véritable mue, avant d'être apte à la reproduction.

L'acarus, détaché de son domicile sous-épidermique, se trouve dans des conditions de température et de contact fort différentes de celles auxquelles il est habitué ou destiné. Il peut néanmoins y vivre pendant un certain temps. Les observateurs ne sont pas d'accord sur la durée de cette résistance. Quelques-uns ont cru qu'elle pouvait s'étendre à trois semaines (2) ; d'autres, trois ou quatre jours (3) ; d'autres, quarante-huit heures (4), et encore avec la précaution de tenir les acarus à une douce température.

M. Albin Gras a soumis ces insectes à l'action de diverses

(1) D'après M. Worms (*De la gale*, Thèses de Strasbourg, 1852, nº 26, p. 15), le nombre des mâles ne serait pas aussi restreint qu'on l'a cru : il en a trouvé 16 en deux jours sur la main d'un galeux.

(2) Hertwig, Ritter, Heyland. (Hebra, p. 121.)

(3) Albin Gras ; *Gaz. méd.*, 1834, p. 315.

(4) Piogey, p. 522.

substances; ils ont vécu dans l'eau pure trois heures; dans l'huile d'olives, deux heures; dans la solution d'acétate de plomb, une heure; dans l'eau de chaux, trois quarts d'heure; dans le vinaigre, l'alcool et les carbonates alcalins, vingt minutes; dans la solution de sulfate de potasse, douze minutes; dans l'essence de térébenthine, neuf minutes; dans l'iodure de potassium, quatre à six minutes; dans les fleurs de soufre, plus d'une heure, et dans la vapeur du soufre, seize heures (1).

D'après M. Hebra, les acarus peuvent vivre dans le vin aigre, l'eau de chaux, l'eau de savon. Ils périssent au bout de quelques heures dans les solutions de sel commun, d'arsenic, de sublimé, de cuivre, etc., dans l'ammoniaque, dans les décoctions de feuilles de tabac, de jusquiame, de belladone, d'hellébore. Ils meurent en quelques minutes dans l'acide pyroligneux, l'huile de térébenthine, l'huile animale de dippel, les solutions de potasse, d'iodure de potassium, etc. (2). D'après M. Worms, le chloroforme les tue instantanément (3).

On conçoit l'utilité de ces observations, relativement à la thérapie de la gale.

IV. *Éruptions psoriques*. — L'excitation du derme par la présence et par les mouvements des acares, provoque des éruptions qui sont vésiculeuses, ou papuleuses, ou pustuleuses.

Vésicules. — Elles paraissent quelquefois assez vite. Elles sont discrètes, disséminées, d'un volume variable. Leur siége le plus ordinaire est aux mains (70 fois sur 100) (4), entre les doigts, dans l'angle formé par les bords latéraux de ces appendices. On en trouve aussi aux poignets, aux régions poplitées, aux pieds.

M. Piogey admet deux sortes de vésicules : les unes perlées, propres aux pieds et aux mains, formées par une goute-

(1) *Gaz. méd.*, 1834, p. 815.
(2) P. 122.
(3) Thèse citée.
(4) Bourguignon, p. 153.

lette de sérosité que recouvre un épiderme demi-transparent; les autres acuminées, ayant pour base une papule [1].

Il est des peaux très-irritables, chez lesquelles le passage seul d'un acarus peut provoquer la formation de quelques vésicules.

Le fluide contenu dans les vésicules, après avoir été transparent, devient opaque, lactescent; il s'épaissit et forme une petite croûte. Le derme examiné en cet endroit présente une légère dépression [2].

Il n'y a pas toujours de rapports entre les sillons et les vésicules. L'acarus ne sort pas de celles-ci pour creuser ceux-là, comme on le croyait. Ils peuvent être parfaitement isolés.

Il y a plus : parfois une vésicule existe sur le trajet d'un sillon. Ils ne communiquent pas ensemble. Ce dernier traverse la paroi externe de la vésicule sans la perforer; de telle sorte que si l'acarus se trouvait dans cette paroi, on pourrait l'enlever sans ouvrir la vésicule [3].

Papules. — Les papules de la gale sont de petites saillies rouges, plus ou moins arrondies, souvent couvertes, comme le prurigo, d'une petite croûte d'un brun rougeâtre. Avec beaucoup d'attention on a pu quelquefois apercevoir à leur sommet une très-petite vésicule. Elles sont le siége d'une vive démangeaison. Elles peuvent être peu saillantes et fort étroites, ou bien avoir 2 ou 3 millimètres, ou même un centimètre de diamètre [4]. Elles se montrent principalement aux organes génitaux, aux mamelons, aux aisselles, aux plis du bras, à la partie antérieure de l'abdomen, à la partie interne des cuisses, jamais à la face. Quelquefois elles existent seules et constituent la *scabies papuliformis* de Willan.

On les voit parfois traversées obliquement par un sillon, duquel il est possible d'extraire un acarus.

Les papules des organes génitaux de l'homme et de la ma-

(1) P. 534.
(2) Bourguignon, p. 156.
(3) Bourguignon, p. 151. — Piogey, p. 533.
(4) Piogey, p. 533.

melle de la femme sont fréquentes. M. Piogey les a rencontrées 184 fois sur 265 ([1]).

Pustules. — Des pustules se forment lorsque les vésicules ou les papules, vivement irritées par le prurit qu'elles entretiennent et abandonnées sans traitement, se développent et provoquent une inflammation vive des téguments. Ce n'est qu'après deux ou trois mois de durée que cette aggravation se manifeste.

On voit en outre des croûtes épaisses, brunes, rougeâtres ou noirâtres, à la surface des pustules.

M. Boeck, de Christiania, a rapporté l'observation d'une jeune fille non menstruée, pâle et maigre, présentant sur presque toutes les parties du corps des croûtes épaisses, grisâtres, adhérentes, sous lesquelles la peau était rouge et humide, et où se trouvaient en outre des myriades d'acarus morts et d'œufs, ou plutôt de coques d'œufs. Des frictions antipsoriques amenèrent la guérison ([2]).

Ce fait est très-curieux. Mais ces acarus appartenaient-ils à l'espèce ordinaire? On sait que celle-ci ne vit pas à la surface de la peau. Il s'agissait peut-être d'une affection cutanée autre que la gale. Les ongles avaient subi une altération remarquable; ils étaient singulièrement épaissis. MM. Boeck et Danielssen ont aussi trouvé des amas d'acarus sous les croûtes de la lèpre tuberculeuse.

La gale survenant chez des individus mal constitués, mal nourris, malpropres, ne présente pas seulement des pustules, mais aussi de véritables ecthyma, des furoncles, des bulles de pemphigus, et même des érysipèles phlegmoneux ([3]). Ces coïncidences forment le cortége de la *scabies cachectica* de Willan.

c. — **Diagnostic de la gale.** — La gale se reconnaît à des indices tirés de l'ensemble des faits qui composent son histoire.

([1]) P. 534.

([2]) *Recueil d'observations sur les maladies de la peau*, in-folio, figures, 1re livraison, Christiania, 1855. Cette observation avait été déjà publiée dans *Annales des maladies de la peau*, t. IV, p. 192.)

([3]) Bourguignon, p. 158.

1° La propriété contagieuse de cette affection donne une première notion fort utile. Lorsqu'on peut remonter à la source où l'éruption a pris naissance, on a une donnée assez importante.

2° Le prurit qui accompagne toute manifestation psorique est un signe d'une certaine valeur.

3° Le siége occupé par les éruptions donne une indication très-utile. Ainsi, on a vu les vésicules surtout aux mains; les papules sur le pénis et le scrotum, ou sur le mamelon chez la femme. Les autres parties où les pustules de la gale se montrent, mais moins souvent, sont la région antérieure du tronc, les fesses, les aisselles, le pli du bras, la région poplitée, les pieds.

La tête est très-rarement le siége de l'éruption psorique. Cependant Bonomo, dans sa lettre à Redi, raconte qu'un gentilhomme fut atteint d'un exanthème de ce genre à la joue gauche, sur laquelle reposait le manteau que maniait un domestique galeux. Une pommade insecticide guérit promptement la maladie ([1]).

La gale endémique dans les Asturies, selon Cazal, avait son siége à la tête; elle s'étendait au cou et aux autres parties ([2]).

Chez les jeunes enfants, la gale n'a pas de siége précis. Elle se montre indistinctement dans les diverses parties ([3]).

4° Les pustules plus ou moins volumineuses, accompagnées de prurit, ne sont pas caractéristiques de la gale; elles peuvent être confondues avec celles de l'ecthyma, de l'impétigo. Il faut donc d'autres caractères.

5° Les vésicules sont plus propres à éclairer le diagnostic. Leur volume peu considérable, leur forme conique, leur demi-transparence, la distance à laquelle elles sont les unes des autres, et le prurit qui les accompagne, donnent des indices assez positifs. Cependant la varicelle, vers son troisième ou

([1]) *Coll. acad.*, part. étrang., t. IV, p. 577.

([2]) Thiéry, *Observations faites en Espagne, etc.*, p. 111.

([3]) Bourguignon, p. 160.

quatrième jour, l'herpès phlycténoïde, le psydracia, peuvent offrir quelque ressemblance avec l'éruption vésiculeuse de la gale. Mais la varicelle est sans prurit et de courte durée. L'herpès a une marche et un siége qui le font aisément reconnaître. Le psydracia est plus analogue à la gale; c'est une éruption successive ou simultanée de vésicules petites, incolores, donnant à la peau une certaine aspérité et accompagnées d'une vive démangeaison. Mais cette affection n'est pas contagieuse; elle s'observe par suite du contact de divers corps excitants (de la laine), surtout aux jambes, aux cuisses ([1]).

6° Les papules de la gale sont assez caractéristiques par leur forme et surtout par leur siége. Elles ne sauraient être confondues avec celles de l'érythème papuleux, qui sont toujours plus volumineuses et ordinairement circonscrites dans une région. Elles ressemblent davantage à celles du lichen, qui cependant sont ordinairement en groupes et ne causent pas plus de prurit le jour que la nuit; à celles du prurigo, qui occupent plutôt les régions dorsales du tronc ou des membres, et qui sont plus fréquentes chez les vieillards que chez les jeunes sujets. Les papules psoriques des organes génitaux ne peuvent guère être confondues avec les plaques muqueuses de la syphilis secondaire. Il faudrait d'ailleurs recourir aux antécédents, si les formes de ces affections ne fournissaient pas des traits significatifs.

7° Toutes ces formes de l'éruption psorique rencontrent, comme on le voit, des analogies assez prononcées avec diverses autres maladies cutanées, d'où résultent des difficultés pour le diagnostic. Mais aucune de ces dernières ne présente les sillons ou galeries couvertes qui recèlent les acares. Voilà le seul signe positif de la gale. Les sillons ne sont pas toujours faciles à reconnaître; quelquefois ils ressemblent à une petite égratignure. On peut croire que le malade en se grattant les a produits. Il faut donc y chercher et y trouver le véritable agent de la production de la gale. M. Bourguignon a fait cons-

([1]) Berger; *Gale et son parallèle avec le psydracia.* (Thèses de Paris, 1815, n° 261.)

truire, pour faciliter ses recherches, un microscope mobile, à l'aide duquel il parcourt les divers points de la peau et fait des investigations très-minutieuses et très-précises..

Quand la gale est ancienne, les premiers sillons sont comme effacés, ou ils ne sont plus que de simples éraillures. Mais on en trouve toujours de récents qui se montrent avec leurs caractères propres.

Ces sillons peuvent être vus sans le secours des instruments grossissants. On distingue une ligne ponctuée de blanc et de noir. L'acarus se tient à l'extrémité la plus étroite qui est imperforée.

C'est aux mains que les sillons sont le mieux marqués. Ailleurs, ils sont moins faciles à distinguer, et même assez différents ([1]).

L'acarus mâle n'étant pas habituellement logé dans les sillons, il faut le chercher au voisinage des vésicules et des sillons; l'épiderme y est légèrement soulevé.

d. — **Prognostic.** — La gale n'est point, en général, une maladie sérieuse.

Elle guérit facilement par un traitement approprié, même quand elle a déjà provoqué la formation de nombreuses pustules ([2]).

Elle peut guérir spontanément si elle a été provoquée par la présence d'un acarus mâle ou par celle d'acarus femelles non fécondées. Mais ces cas doivent être excessivement rares, parce que, d'une part, le nombre des acarus femelles l'emporte toujours de beaucoup sur celui des mâles, et, d'autre part, en ce que les premières sont susceptibles d'être fécondées dès leur passage à l'état d'insecte parfait, c'est-à-dire dix jours après l'éclosion, et qu'une seule fécondation suffit pour plusieurs pontes successives.

Les œufs dont les sillons sont semés éclosent vite, et les larves qui en naissent, bientôt métamorphosées, deviennent

([1]) Piogey; *Union méd.*, 1853, p. 292.
([2]) Devergie, p. 406.

aptes à de nouvelles reproductions. C'est ainsi que la gale peut se perpétuer indéfiniment.

Cette maladie semble quelquefois se dissiper ou s'atténuer quand une maladie très-grave se développe, comme une fièvre typhoïde ou d'autres affections cutanées [1]. Elle reparaît ensuite.

On a beaucoup parlé de la rétrocession et des métastases de la gale. On ne peut admettre que l'acarus abandonne la peau pour se transporter en d'autres organes où jamais on n'a eu l'occasion d'en rencontrer. Mais les vésicules, les pustules qui avaient été d'abord provoquées par l'insecte de la gale, peuvent disparaître, et l'irritation qui les entretenait se diriger vers quelque autre point de l'économie.

Bien que la gale soit une maladie légère en elle-même, elle peut entraîner un état fâcheux de l'organisme. Elle produit l'insomnie, une excitation générale, empêche les ouvriers obligés de passer leurs journées au travail de renouveler leurs forces par un sommeil suffisant. La nutrition elle-même en est troublée.

On a vu l'insomnie prolongée exciter vivement le système nerveux et amener un véritable dérangement mental, qui ne cessait qu'après la guérison de la gale [2].

Cette maladie peut se compliquer avec plusieurs autres affections cutanées [3], avec l'herpès, le pemphigus, l'ecthyma, le lichen, le prurigo, le favus [4], avec des syphilides, avec des maladies générales, comme le scorbut [5], etc.

Les coïncidences ne doivent pas empêcher l'emploi du traitement propre à détruire les acares; mais elles réclament une certaine modération et des précautions pour éviter la surexcitation, assez prompte à se manifester sous l'influence des stimulants.

(1) Devergie, p. 409.
(2) Blanc, de Romans (Drôme); *Annales des maladies de la peau*, t. IV, p. 55.
(3) *Ibid.*, t. III, p. 19.
(4) Dans les Asturies, les enfants ont la tête couverte de gale et de poux, dit Casal. (Thiéry, p. 111.)
(5) Thèse de Faget, 1841, n° 250, p. 37.

e. — **Traitement de la gale.** — Les anciens, qui ne voyaient dans la gale que le produit d'une altération des humeurs, traitaient cette maladie par la saignée, les purgatifs, les dépuratifs, les émollients. Mais l'expérience leur avait appris que des topiques étaient indispensables, et que le soufre était l'agent le plus efficace.

Une pratique vulgaire en certains pays, en Italie, en Corse, avait également démontré que l'extraction des cirons était un moyen utile de diminuer les démangeaisons et quelquefois même de guérir la maladie ([1]).

Mais ce traitement, aussi long que fatigant, était relégué dans les classes les plus abjectes de la société, et ne pouvait entrer dans le domaine de la thérapeutique, lorsque tant d'autres moyens, plus faciles et plus sûrs, s'offraient pour le remplacer. Le nombre de ces moyens est en effet considérable.

On a essayé les baies de genièvre et de laurier ([2]), la suie ([3]), le savon ([4]), l'hellébore uni au savon noir ([5]), la poudre de camomille mêlée à de l'axonge et de l'huile ([6]), les huiles fixes, et spécialement celle d'olives ([7]), l'huile de cade ([8]), la cévadille ([9]), la staphisaigre, moyen déjà essayé du temps de Paré, et que M. Bourguignon avait récemment pris à tache de remettre en honneur ([10]).

Des frictions de vinaigre pur, répétées trois fois par jour, ont été essayées avec succès ([11]).

L'eau de Mettemberg, qui a pour agent énergique le bi-

([1]) Cestoni; *l. c.* — Renucci; *Gaz. des Hôpit.* du 3 sept. 1839. — Got, p. 25.

([2]) Adolphi de Mitau; *Gaz. méd.*, 1841, p. 188.

([3]) Schroetter; *Gaz. des Hôpit.*, 1843, p. 328.

([4]) Pfeifer; *Sur le traitement de la gale par le savon noir*. Bamberg, 1833.

([5]) Dornblueth; *Gaz. des Hôpit.*, 1842, p. 638.

([6]) Bazin; *Union*, 1850, p. 543.

([7]) Griffi; *Giornale de Taurino*. (*Gaz. méd. de Montpellier*, sept. 1847.)

([8]) Serre d'Alais; *Bullet. de Thérap.*, t. XXX, p. 83.

([9]) Bourbousson; *Bullet. de Thérap.*, 1845, p. 200.

([10]) P. 182. L'alcoolature de staphisaigre est un remède dispendieux. La pommade guérit en cinq jours; la delphine est sans efficacité. (P. 185.)

([11]) Guérison en cinq jours. (Lecœur, professeur à l'École de Médecine de Caen; *Union*, 1854, p. 469.

chlorure de mercure, a produit des accidents qui en ont fait défendre l'emploi.

Le chlorure de chaux étendu, a souvent réussi en lotions [1].

La benzine, dont les propriétés insecticides ont été reconnues par les médecins vétérinaires [2], a été employée contre la gale par M. Lambert [3]. Mais un obstacle à son usage est l'odeur désagréable qu'elle répand.

Ces différents remèdes ont combattu la gale efficacement, bien qu'ils ne continssent pas de soufre; mais presque tous les médicaments le plus en honneur avaient ce corps pour base. Les divers sulfures ont été surtout conseillés.

L'un des médicaments les plus usités a été la pommade d'Helmerich, chirurgien hollandais, qui, sous les yeux de Burdin, médecin de l'hôpital de Groningue, guérit en 1812 beaucoup de galeux dans l'espace de deux ou trois jours [4]. Ce remède ne tarda pas à être proscrit dans les Pays-Bas, parce qu'on lui attribua, bien à tort, l'ophthalmie, si fréquente dans l'armée belge [5]. Mais il fut employé avec succès en France [6]. Toutefois, il avait l'inconvénient d'irriter la peau, de multiplier les vésicules et les pustules. Composé de

Soufre sublimé............	1 kilo,
Carbonate de potasse.... ..	1/2 kilo,
Graisse de porc...........	4 kilos,

la prédominance de l'alcali pouvait expliquer cette propriété irritante.

On préféra donner le sulfure de potasse dissous dans de l'eau. Ce moyen fut surtout employé en bains, à l'hôpital des Enfants, par Jadelot [7]. Ce traitement était long. M. Albin Gras a cons-

(1) Pantonetti; *Bullet. de Thérap.*, t. III, p. 366.
(2) *Bullet. de Thérap.*, t. XLVII, p. 101.
(3) Axonge............ 250 gr
Benzine........ ... 60, Mêlez. (*Bullet. de Thérap.*, t. XLVIII, p. 268.)
(4) *Journal de Corvisart, Leroux et Boyer*, t. XXVI, p. 131.
(5) Vleminckx; *Union méd.*, 1853, p. 343.
(6) Albin Gras; *Gaz. méd.*, 1854, p. 816.
(7) Hémelot. *Recherches sur la gale*, 1813, no 49.

taté que deux ou trois jours après son emploi on trouvait encore des sarcoptes vivants (1).

M. Hebra s'est servi de la pommade de Wilkinson, qui se compose de craie, de soufre, de poix liquide, de savon et d'axonge. La craie lui a paru propre à déchirer les sillons, par l'effet des frictions un peu rudes, et de cette manière à faire mieux pénétrer le médicament (2).

D'autres ont uni la fleur de soufre à la racine d'hellébore (3).

On a également associé au soufre la poudre de chasse, l'huile et le jaune d'œuf. Proposé par un empirique, en 1850, ce remède fut essayé avec succès par M. Bazin, qui ne tarda pas à le recommander (4).

Un autre médicament recevait aussi les éloges de plusieurs praticiens. C'est un mélange d'iodure de potassium et d'iodure de soufre dissous dans de l'eau. M. Cazenave regardait ce mélange comme très-efficace, malgré la décomposition qu'il pouvait subir (5). M. Bourguignon a reconnu que ce médicament tuait l'acarus en huit minutes (6). Il ne faut cependant pas inférer que la même promptitude d'action doit s'exercer sur le parasite contenu dans les téguments. Là, il est protégé; tandis que sous les yeux et sur une lame de verre, il est dans un milieu où il ne pourrait vivre longtemps. M. Bourguignon ayant fait immerger pendant une heure les mains d'un galeux dans le liquide dont je parle, trouva immédiatement un certain nombre d'acarus encore vivants sur une main; mais le lendemain ils étaient tous morts des deux côtés. Ce médicament exerce aussi sur l'épiderme une action chimique, qui le crispe et l'oblige à se détacher par furfures (7); cet effet doit le faire exclure, malgré son efficacité.

Je viens de dire que l'immersion des mains dans la solution

(1) *Gaz. méd.*, 1834, p. 816.
(2) P. 124.
(3) Essais faits en Belgique. (*Gaz. méd.*, 1853, p. 505.)
(4) Bourguignon, p. 188. — *Union méd.*, 1850, p. 543.
(5) *Annales des maladies de la peau*, t. I, p. 224.
(6) P. 180.
(7) Bourguignon, p. 181.

d'iodure de potassium et de soufre, avait suffi pour guérir la gale. D'après M. Hebra [1], qui se servait d'un onguent composé de soufre et de poix, il suffisait de frictionner les pieds et les mains, comme siéges principaux de l'acarus. Le même observateur essaya pour contre-épreuve de frictionner tout le corps, à l'exception des pieds et des mains; il vit la gale se développer de plus en plus sur ces dernières parties, les sillons se multiplier, des pustules se former; enfin, la gale, qui avait paru guérir dans les autres points de la surface du corps, ne pas tarder à y reparaître [2].

L'efficacité des frictions faites sur les mains et sur les pieds par les pommades anti-psoriques, et spécialement par la pommade d'Helmerich, a été constatée par les médecins de l'hôpital Saint-Louis; mais M. Bourguignon retrouve, après trois jours de traitement, des acarus encore vivants; il en voit sur des parties du corps qui n'avaient pas été frictionnées. Il en infère qu'il est plus prudent d'employer des frictions générales; on se met ainsi à l'abri des récidives [3].

Le traitement de la gale a encore subi des changements heureux, qui ont eu pour résultats importants une guérison presque instantanée et la suppression des salles de galeux dans les hôpitaux civils et militaires; d'où une économie considérable. M. Hardy, devenu médecin du service des galeux à l'hôpital Saint-Louis, en 1851, a atteint le but en faisant faire au malade deux frictions générales de demi-heure, l'une avec le savon noir et l'autre avec la pommade d'Helmerich, et en prescrivant un bain entre ces deux frictions [4].

Ce mode de traitement fut bientôt connu et mis en pratique dans les hôpitaux militaires de la Belgique, et M. Vleminckx vint annoncer à l'Académie de Bruxelles, le 31 décembre 1853, que les salles de galeux étaient supprimées dans les hôpitaux militaires de ce royaume [5].

(1) P. 122.
(2) P. 123.
(3) P. 175.
(4) Gibert; *Gaz. méd.*, 1851, p. 594.
(5) *Gaz. méd.*, 1854, p. 134.

Là ne devait pas s'arrêter le progrès.

On savait que le sulfure de calcium guérissait très-bien la gale. Ce moyen avait été employé par M. Henrotay, qui avait aussi indiqué le mode de préparation de ce médicament (1). MM. Dechange et Delatte l'ont substitué à la pommade d'Helmerich, et en ont constaté les bons effets à l'hôpital d'Anvers (2). M. Vleminckx, en annonçant les heureux résultats des tentatives faites, a fixé de la manière suivante le mode et la durée du traitement de la gale, devenu de plus en plus rapide, sans cesser d'être efficace, comme s'en est assuré M. Bourguignon (3):

1° Friction générale au savon noir pendant demi-heure; 2° bain tiède simple de même durée; 3° friction générale avec le sulfure de calcium liquide, que l'on laisse sécher à la surface de la peau pendant un quart-d'heure; 4° immersion et lavage de tout le corps dans l'eau du bain. Toutes ces opérations sont exécutées en deux heures.

Ce procédé est employé à l'hôpital Saint-André depuis trois ans avec un plein succès.

Je ne peux que mentionner quelques essais faits par MM. Dusard et Pillon, internes à l'hôpital de Lourcine, avec la solution du chlorure de soufre dans le sulfure de carbone; médicament d'une odeur extrêmement désagréable et qui produit une vive excitation de la peau (4).

Il ne suffit pas d'avoir tué les parasites que recèle la peau des galeux, il faut encore que ceux qui se sont attachés à ses vêtements et qui y ont pondu ne viennent pas reproduire la maladie.

On a soumis les vêtements des galeux à diverses fumigations, surtout à celles du soufre, qui ne tuent pas les acares et encore moins leurs œufs. On s'est servi du chlore, qui pa-

(1) *Annales de la Soc. de Méd. d'Anvers*, 1844. (*Expérience*, t. XIV, p. 107.)

(2) *Archives de la Méd. Belge*, 1852. (*Gaz. méd.*, 1852, p. 738.)

(3) *Gaz. hebdom.*, 1856, p. 84. — Le sulfure de calcium se prépare de la manière suivante : Fleurs de soufre, 100; chaux vive, 200; eau, 1,000 : faites bouillir. Quand la combinaison est opérée, laissez refroidir et décantez dans des bouteilles hermétiquement fermées. Un litre de ce liquide revient à 20 centimes; 100 grammes suffisent pour une friction.

(4) *Union*, 1855, p. 439

raît être beaucoup plus efficace [1]. On a eu recours surtout à la chaleur. Il est en effet reconnu que les parasites exposés à une température de 80 à 90 degrés du thermomètre centigrade cessent de vivre. On a construit en conséquences des armoires en fer dans lesquelles les vêtements des galeux sont renfermés, et où on élève la température de l'air. Mais comme cette température pourrait dépasser le degré nécessaire et alors brûler ou altérer les vêtements, on a placé derrière une vitre, dans l'armoire, un thermomètre qui fait connaître jusqu'à quel degré l'air intérieur est échauffé.

La gale ne peut pas toujours être traitée de prime-abord par l'un des agents insecticides que j'ai indiqués. Il faut employer des bains émollients avant et après, quand la peau est irritée, quand des pustules, des ecthyma, des furoncles, dénotent un certain degré d'irritation phlegmasique; en même temps, les boissons délayantes et un régime sévère doivent être prescrits.

III. — DRAGONNEAU *(FILARIA MEDINENSIS)*.

Le dragonneau est un parasite du genre filaire, qui se développe dans le tissu cellulaire sous-cutané et produit à la peau une tumeur vésiculo-pustuleuse, par laquelle s'opère son issue.

Cette maladie est propre à certains climats. Le premier qui la signala fut Agatharchide de Cnide, philosophe et historien, précepteur d'un Ptolémée (cent quarante ans avant la naissance de Jésus-Christ); Plutarque le cite à l'occasion de la mer Rouge et des animaux qu'on y trouve [2].

A peine reconnue, l'existence de ce ver fut bientôt contestée, et cette diversité de sentiment s'est répétée à diverses époques jusque dans ces derniers temps.

Soranus, qui vivait à Alexandrie pendant le règne de Tra-

(1) Vleminckx, séance de l'Académie de Médecine de Belgique, du 31 décembre 1853.

(2) « De petits serpents, dit-il, Δραχοντια μιχρα, rongeaient les bras et les jambes, se retiraient quand on les touchait, s'entortillaient dans les muscles, et causaient des souffrances horribles. (*Symposiaques,* liv. VIII, quest. IX, t. IX, p. 331.) — Voyez aussi Strabon; *Geogr.,* liv. XIV.

jan, pensa que le corps particulier extrait de dessous les téguments était un nerf ([1]). Ambroise Paré, après avoir rappelé les opinions des anciens et les incertitudes de plusieurs auteurs, nie formellement, et par six raisons, l'existence d'un animal vivant, attribuant à une inflammation propagée le long des membres les accidents attribués aux dragonneaux ([2]) J.-L. Petit, insistant sur les doutes émis, ne reconnaît qu'une concrétion polypeuse, analogue à celle qu'on trouve dans les cavités du cœur, dans les vaisseaux, dans les sinus de la dure-mère ([3]). Richerand exprime une opinion semblable, et ne voit dans le ver de Médine qu'une concrétion fibrineuse ([4]). Larrey soutient qu'on n'a retiré des abcès que des filaments de tissu cellulaire ([5]). Le Dr Mylne, chef du service médical dans la province de Bombay, prétend enfin que le corps extrait était un vaisseau lymphatique malade, et que par conséquent l'affection n'était qu'une « *lymphatitis* » ([6]).

Contre ces opinions émises par des hommes de mérite, dont le seul tort a été de s'être prononcés sans avoir vu, ou assez vu, s'élève une si nombreuse masse de faits bien observés, qu'une réfutation en règle serait inutile.

Leonidas, d'Alexandrie, donna une première description, reproduite par Aetius ([7]) et confirmée par Paul d'Égine. Les médecins arabes, et surtout Avicenne ([8]), ayant eu l'occasion d'observer le dragonneau, en décrivirent les effets, donnant à la maladie le nom de *vena meden* ([9]), *vena medinensis, vena cruris, vena exiens, vena saniosa* ([10]), etc.

([1]) Paul d'Égine, lib. IV, cap. LIX, p. 159. (Coll. d'Henry Étienne.)

([2]) *Œuvres*, liv. VIII, chap. XXIII, p. 317.

([3]) *Traité des maladies chirurg.*, t. II, p. 63; — et *Mém. de l'Acad. des Sciences*, 1724.

([4]) *Nosographie chirurg.*, 8e édition, 1815, t. IV, p. 145.

([5]) *Bullet. de la Soc. Philomathique de Paris*, t. V, n° 17.

([6]) *Med. and Phys. Transact. of the Soc. of Calcutta*, t. I, p. 164.

([7]) Aetius; *Artis Medicæ principes*, d'Henry Étienne, t. II, p. 736.

([8]) *Canon; Vena medina*, lib. IV, fen. III, tract. II, cap. XXI et XXII, p. 460, édit. de Venise, 1555.

([9]) Rhazès, lib. VII, *ad almans.*, cap. XXIV; lib. XII, cap. II; lib. XXVI, tract. II, cap. I.

([10]) Avenzoar, lib. II. tract. VII, cap. XX. — Albucasis; *Chir.*, pars IIa, cap. 93. — Alzabaravius; *Libri theorici*, lib. XXVIII, cap. XII. — Haly Abbas; *Pract.*, lib. IV, cap. XVI. — Etc.

Tout ce qui était connu sur l'histoire de cette maladie fut réuni, comparé, commenté par Velsch, dans un traité volumineux (1); mais bientôt des observations exactes vinrent mettre hors de doute l'existence du dragonneau comme animal distinct. Les voyageurs Chardin, Thévenot et surtout Kœmpfer (2), les médecins et chirurgiens hollandais (3), anglais (4), français (5), eurent l'occasion d'observer ce parasite dans diverses régions. On eut aussi la possibilité de le rencontrer sur des individus venus en Europe avant d'en être débarrassés (6).

Des monographies furent publiées sur le même sujet par Fuchs (7) et par Kunsemuller (8).

Il était réservé aux médecins anglais exerçant sur les côtes d'Afrique et surtout dans les Indes, de recueillir des observations positives et multipliées. Elles n'ont pas fait défaut. On a celles de Ninian Bruce (9), de Paton (10), de Chisholm (11), de W. Scot (12), de Bird (13), de Kennedy (14), de Smyttan (15),

(1) G.-H. Velschil; *Exercitatio de vena medinensi ad mentem ebnsinæ, sive de Dracunculis veterum. Augustæ Vindelicorum;* 1674.

(2) *Amœnitates exoticæ.* Lemgov., 1712, fasc. III, Obs. IV.

(3) Jacq. Lachmund; *Ephem. nat. cur.* (*Collect. Acad.*, part. étrang., t. III, p. 337.) — Rouppe; *De morbis navigantium,* 1764, p. 282.

(4) Hutcheson. — Forbes; *Essais d'Édimbourg,* t. VI, p. 414. — Lind; *On diseases in hot climate,* p. 57. — Hillary.

(5) Gallandat; *Ancien Journ. de Méd.,* 1760, t. XII, p. 24. — Peré; *Ibid* , 1774, t. XLII, p. 121. — Bajon; *Mémoire pour servir à l'histoire de la Guyane française.* Paris, 1777; — et *Journ. de Méd.,* t. XLIX, p. 386.

(6) Barberet; *Collect. Acad.,* part. étrang., t. III, p. 781. — Gouan. (Amoreux; *Médecine des Arabes,* p. 35.) — Jacobson, à Copenhague. (*Nouvelles Annales du Muséum,* t. III, p. 80.) — Séance de l'Académie des Sciences, mars 1834. — *Gaz. méd.*, t. II, p. 216. — *Annales des Sciences naturelles,* t. I, p. 320.

(7) *Commentatio historico-medica de dracunculo Persarum sive vena medinensi Arabum.* Iéna, 1781. (*Journ. de Méd.,* t. LX, p. 176.)

(8) *De morbo yaws et vena medinensi.* Halæ, 1797. (Brera; *Sylloge,* t. III, p. 271.)

(9) *Edinb. Med. and Surg. Journ.,* 1806, t. II, p. 145.

(10) *Ibid.,* t. II, p. 151.

(11) *Ibid.,* 1815, t. XI, p. 145.

(12) *Ibid.,* 1821, t. XVII, p. 97.

(13) *Transact. of the Med. and Phys. Society of Calcutta,* 1825, t. I, p. 151.

(14) *Ibid.,* p. 165.

(15) *Ibid.,* p. 178

de Young ([1]), de Jameson ([2]), de Morehead ([3]), de Duncan ([4]), de Clarke ([5]), de Oke ([6]).

Il faut joindre à leurs recherches celles de Reynhout ([7]) et de Birkmeyer ([8]), dans les possessions hollandaises.

Les médecins français ont aussi recueilli des faits importants dans leurs excursions lointaines. Je puis citer ceux qu'ont publiés Chapotin ([9]), Chambolle ([10]), l'Herminier ([11]), les observations nombreuses faites en Égypte par Clot-Bey et plusieurs de ses collègues ([12]), et celles de M. Guyon ([13]). Le dragonneau a été vu à Paris par M. Maisonneuve, qui a pu faire à son sujet des remarques fort intéressantes ([14]).

J'ai eu deux fois l'occasion d'étudier cet helminthe. Voici les résultats de mes recherches :

Ire OBSERVATION. — Un jeune nègre, arrivant de Guinée à la Havane dans le mois d'août 1818, présentait des tumeurs aux pieds, aux jambes, aux cuisses. Ces tumeurs s'étaient ouvertes et avaient fourni un pus sanieux. Il en était sorti des dragonneaux. Une nouvelle tumeur se forma au côté gauche du scrotum; elle se ramollit, offrit de la fluctuation. M. Roulin, chirurgien à Cuba, l'ouvrit, et un nouvel helminthe se présenta. Il fut facile de l'extraire en entier avec des pinces. Ce ver, qui fit quelques mouvements pendant vingt minutes, mis immédiatement dans une fiole pleine d'alcool, me fut envoyé.

Ce filaria medinensis avait 48 centimètres de long et près de 2 millimètres de diamètre. On eût dit une corde de violon. Sa couleur était blanc-jaunâtre terne. On remarquait sur un de ses côtés, en suivant sa

([1]) *Transact. of the Med. and. Phys. Society of Calcutta*, 1825, t. II, p. 338.
([2]) *Ibid.*, p. 339.
([3]) *Ibid.*, t. VI, p. 418.
([4]) *Ibid.*, t. VII. (*Revue méd.*, 1837, t. II, p. 263.)
([5]) *Medico-chir. Review*. London, 1840, oct. (*Archives*, 3e série, t. XI, p. 103.)
([6]) *Provincial Med. and Surg. Journ.*, 1843. (*Journ. des Connaiss. médico-chirurg.*, t. XI, p. 210.)
([7]) *Magazjin, etc.* (*Bullet. des Sciences méd.* de Férussac, t. XIV, p. 185.)
([8]) *De filaria medinensi commentatio propriis observationibus illustrata*. Onoldi, 1838.
([9]) *Bullet. des Sciences méd.*, 1810, t. V, p. 308.
([10]) *Recueil de Mémoires de Médecine militaire*, 1827, t. XXIII, p. 57.
([11]) Thèses de Paris, 1826, n° 169, p. 22.
([12]) *Annales de la Médecine physiologique*, t. XXII, p. 126.
([13]) *Gaz. méd.*, 1835, t. III, p. 827.
([14]) *Archives de Méd.*, 1844, 4e série, t. VI, p. 472.

longueur, une ligne grisâtre. Son corps, examiné à une forte loupe, présentait de distance en distance quelques rétrécissements et renflements transverses. L'extrémité céphalique se terminait par une pointe mousse en forme de suçoir. Il me fut impossible d'en apercevoir l'orifice, à cause de son affaissement et sans doute aussi de son étroitesse naturelle. On distinguait autour de ce suçoir quelques mamelons irrégulièrement distribués. L'extrémité caudale se terminait en pointe assez fine et était recourbée en forme de crochet; on y voyait des rides transversales du côté de la concavité.

Ayant divisé sur divers points les téguments, je ne vis aucun canal; mais je retirai une matière comme pulpeuse. Des fragments de cette matière vus au microscope me parurent formés d'une multitude innombrable de filaments, non ramifiés, en partie repliés sur eux-mêmes, et terminés en pointes très-acérées. Ces filaments offraient une grande ressemblance avec les vibrions du vinaigre.

IIe Obs. — S..., âgé de quarante ans, d'un tempérament sanguin, marin, a fait divers voyages en Afrique et dans l'Inde. Il arrivait à Bombay en septembre 1828. Il voyagea de Canaor à Pondichéry, en traversant à plusieurs reprises, à pied et souvent sans chaussures, de longues étendues de marais. A la fin de l'année 1829, il partit pour revenir en France. En arrivant à Bordeaux, dans le mois de mars, il portait à la partie supérieure de la cuisse droite une sorte de tumeur furonculeuse qui avait paru dans les derniers jours de la traversée, et qui, s'ouvrant, laissa voir une anse de filaire. Le médecin qui fut appelé roula ce ver sur un cylindre de taffetas gommé. Mais soit que la traction ait été brusque ou que le malade se soit agité, le ver se rompit. Il se montra de nouveau, et fut une seconde fois saisi et rompu. Il y eut de la douleur, de l'inflammation, de la fièvre et un léger délire. Quelques jours après, la suppuration entraîna le reste du ver.

Au bout de peu de temps, il survint sous la malléole externe gauche une petite tache rouge, violacée, accompagnée de prurit, et bientôt après de son centre s'éleva une vésicule arrondie, transparente. Ce fut dans cet état que je vis le malade, ainsi que plusieurs de mes confrères. Près et au-dessus de la vésicule, on distinguait sous la peau une sorte de cordon formé par le corps du dragonneau. Ce ver fut aperçu dès que la vésicule s'ouvrit. Il se présentait par son extrémité buccale. On essaya de l'enrouler, mais il se brisa comme le précédent.

En même temps, un troisième dragonneau venait faire saillie vers le bord interne du pied droit, et un quatrième à la partie moyenne et interne de la jambe du même côté. Plusieurs abcès furent occasionnés, soit par la présence des entozoaires, soit par l'obligation où le malade fut de marcher et même de faire quelques courts voyages. Mais toutes

les ouvertures se fermèrent, et la guérison fut définitive. En rapprochant les fragments des parasites, on vit qu'ils devaient avoir de 40 à 45 centimètres de longueur. Examinés à l'œil nu, à la loupe et au microscope, ils présentèrent les particularités d'organisation notées dans la première Observation.

e. — Causes du dragonneau. — 1° Le dragonneau a été observé plus souvent chez l'homme que chez les personnes du sexe (Morehead).

2° Il est rare chez les très-jeunes enfants : c'est de dix à trente ans qu'on en voit les exemples les plus nombreux. A Bombay il se montrait surtout parmi les jeunes soldats.

3° On a cru qu'il affectait de préférence les individus faibles et cachectiques (Fuchs), mais il s'observe aussi chez les sujets robustes.

4° Morehead avait remarqué qu'à Kirkée les officiers en étaient exempts. Mais cette observation n'a rién offert de constant. M. Clot-Bey a vu un officier instructeur et deux médecins (Maruchi, dans le Cordofan, et Dussap, à l'hôpital de Souan, en Égypte), atteints de filaire. Izert, médecin danois, en fut affecté en 1787, après un voyage en Guinée [1]. On ne peut donc pas dire que les individus pauvres ou qui n'usent d'aucune précaution sont seuls atteints de filaire.

5° Le dragonneau semble propre à quelques climats et à quelques localités. En Égypte, où il fut observé dans une antiquité fort reculée, il provenait des régions centrales de l'Afrique. Il était apporté par les caravanes de l'Éthiopie; il est abondant dans le Sennar, dans le Cordofan [2], en Nubie et en Abyssinie [3].

Ce fut en Arabie et en Perse qu'Avicenne et les médecins de son époque l'observèrent. Il reçut le nom de *vena medinensis, veine de médine,* sans doute à cause des occasions fréquentes qu'on eut de le rencontrer dans cette ville.

On l'a également appelé *ver de Guinée*, parce qu'il est ex-

[1] *Voyage en Guinée et dans les îles Caraïbes*. Paris, 1793.

[2] Clot-Bey ; *Annales de la Médecine physiologique*, t. XXII, p. 126-148.

[3] Communication du docteur Rivière à M. Guyon. (*Gaz. méd.*, t. III, p. 820.)

trêmement commun dans ce vaste pays. On le trouve aussi au Sénégal, à Sierra-Leone (Clarke), etc., tandis qu'on ne le rencontre pas sur la côte orientale d'Afrique, ni à Zanzibar, ni à Madagascar, ni sur la côte de Coromandel (Chapotin).

Bombay est au contraire, comme l'ont constaté tant de médecins anglais, l'un des foyers les plus actifs de la propagation des filaires. Le Bisnagar, le Maduré (Chisholm), Madras, Toombuddara et Mahratta (Scot), le Deccan et le Concan septentrional (Morehead), en ont offert de nombreux exemples.

Les filaires ont été transportés par les nègres de la côte occidentale d'Afrique dans les diverses îles de l'Amérique, aux Bermudes (Hutcheson et Forbes), à Curaçao (Rouppe), à Saint-Domingue (Peré), à Cuba, à la Grenade, où même ils sont devenus endémiques dans le district de Point-Saline (Chisholm), à la Guadeloupe (Lherminer), à la Martinique (Guyon), etc.

Le dragonneau a été rencontré par M. Saulnier, de Pierrelevée, dans l'Amérique méridionale, au Pérou et dans la Bolivie, où il est connu sous le nom de *ver pénétrant* (1).

L'Europe ne paraît pas favorable à la production du dragonneau. Cependant, on a dit l'avoir vu en Pologne, en Russie (2), et l'avoir même reconnu dans les eaux de la Newa (3). Je doute fort qu'il se soit réellement agi du *filaria medinensis*.

D'après les remarques des observateurs, cet helminthe est propre aux régions équatoriales; il se développe dans les contrées aquatiques, marécageuses, insalubres, où les eaux sont jaunâtres et troubles. Quelquefois il est très-commun dans certains districts, et rare en d'autres cependant assez rapprochés. On a maintes fois noté que le contact des pieds nus sur un sol humide et fangeux en favorisait la transmission.

6° Le dragonneau n'est pas également fréquent à toutes les époques de l'année. Bird avait remarqué qu'il fallait aux étrangers un an de séjour à Bombay pour en être atteints.

(1) *Gaz. des Hôpit.*, 1845, p. 37.
(2) Wieweg; *Annales d'Altembourg*. (*Bibl. méd.*, t. XXXVII, p. 111.)
(3) Weikard. (*Bullet. des Sciences méd*, t. V, p. 316.)

Smyttan assure qu'il ne se montre dans l'Inde chez les militaires qu'après deux saisons. Mais il n'a pas toujours fallu autant de temps. Oke parle d'un matelot qui ne descendit à terre sur la côte d'Afrique que pendant trois heures, s'y promena nu-pieds et y prit le dragonneau. Il est vrai que dans le navire il se trouvait souvent en contact avec des Africains qui en étaient affectés.

Il faut distinguer deux époques : celle où le germe du dragonneau pénètre sous la peau, et le moment où l'animal développé tend à sortir. Il paraît que c'est en été et dans la saison des pluies que ces deux migrations opposées s'opèrent. Bird indique les mois de mai et de juillet ; Smyttan, ceux de mai et de juin ; Morehead, mars, avril, mai, surtout juin et juillet, comme ayant offert le plus grand nombre de malades affectés de dragonneau.

7° Il paraît que toutes les années ne se ressemblent pas relativement à la fréquence des cas de dragonneau. Ainsi Morehead, qui n'en avait vu que 8 en 1828, 6 en 1829, 18 en 1830, 4 en 1831, en observa 211 en 1832. Cette affection parasitaire a même pris parfois l'apparence d'une épidémie (Bird, Chisholm, etc.).

8° On a pensé que les dragonneaux pouvaient s'introduire dans l'organisme humain avec l'eau de certaines contrées, imprégnées de matières salines, végétales ou animales, et les observateurs ont appuyé leur opinion sur ce fait que les individus qui boivent de l'eau filtrée sont à l'abri des filaires (Reynhout). Mais on a vu ces helminthes se manifester chez des individus qui n'avaient bu que du vin (L'Herminier).

9° Avant que l'on n'eût étudié le mode de propagation du dragonneau, on avait admis la propriété contagieuse de la maladie qu'il constitue. Rouppe en était convaincu après avoir vu des habitants de Curaçao la contracter par leur contact avec des nègres qui l'apportaient d'Afrique. Bruce admet cette infection. M'Gregor a vu la transmission cesser par la séquestration des individus atteints (Bruce, p. 147).

En Égypte, les filaires devinrent très-communs lorsque les

nègres les eurent communiqués aux arabes, et surtout après la conquête du Sennar. Dussap, chef du service médical de l'armée d'Égypte, donnant des soins en 1822 à plus de 400 individus atteints du dragonneau, en fut lui même affecté à l'index gauche (Clot-Bey, p. 139). Nous verrons bientôt quelles paraissent être les conditions de cette contagion.

5. — Symptômes du dragonneau. — 1° Une sorte d'incubation précède longtemps l'invasion des symptômes que le dragonneau doit provoquer. Ainsi, des nègres arrivés d'Afrique n'ont offert de manifestation qu'après une traversée plus ou moins longue, c'est-à-dire six, huit, dix mois, un an après leur départ. Ma deuxième observation établit ce long intervalle. On peut en dire autant pour le malade de M. Maisonneuve, qui avait habité deux ans le Sénégal. Ce fut après une traversée dont la durée n'est pas indiquée, et au bout de quatre mois de séjour en France, que le dragonneau manifesta sa présence. Les individus qui recèlent cet helminthe peuvent dans l'intervalle offrir les apparences de la meilleure santé.

2° La maladie peut éclater sans prodromes; mais souvent il survient dans les derniers temps du séjour inaperçu de l'helminthe quelques phénomènes précurseurs. A Bombay (Morehead), et probablement en Guinée, on ne s'y trompe pas. C'est le sentiment d'une corde tendue sous la peau, souvent un picotement ou une démangeaison, ou une douleur vague dans le voisinage des points qui doivent être affectés.

3° Quand la maladie doit se déclarer, il survient un léger gonflement, bientôt après une tache un peu rouge, puis une saillie vésiculeuse, et enfin une petite tumeur qu'on pourrait prendre pour un furoncle. Dans quelques cas, la tumeur éclate du soir au matin, sans suivre une marche progressive.

4° C'est ordinairement aux membres inférieurs que le dragonneau suscite la tumeur vésiculo-pustuleuse qui doit lui donner passage; c'est aux pieds ou vers les malléoles, surtout vers l'externe, à la jambe, à la cuisse, dans l'aine ou vers le trokanter (Chambolle). On en a vu se former près des

après un très-léger renflement. J'y ai vu quelques saillies peu distinctes et irrégulières. Le professeur Rudolph Wagner, d'Erlang, examinant avec soin le dragonneau rapporté de son voyage en Asie par Birkmeyer, a remarqué sur cette extrémité quatre petites papilles assez consistantes et d'une teinte un peu jaunâtre, posées régulièrement autour de la bouche. Elles sont représentées dans la planche qui accompagne l'opuscule de ce dernier. L'ouverture de la bouche est extrêmement étroite.

L'autre extrémité du filaire se termine rapidement en pointe recourbée ayant la forme d'un crochet.

Le corps, d'après Jacobson, formerait un tube rempli de petits dragonneaux (1). M. Maisonneuve a vu dans cette sorte de tube deux membranes : l'une extérieure, dense, résistante, l'autre interne, mince, à fibres longitudinales.

J'ai trouvé dans le filaire qui a fait le sujet de ma première observation une matière comme pulpeuse, qui sans doute s'était condensée par un long séjour du ver dans l'alcool, et j'y ai vu une innombrable multitude de petits filaments qui étaient incontestablement des dragonneaux prêts à naître. M. Maisonneuve a constaté la présence d'un fluide lactescent dans le corps du filaire, et y a vu des myriades d'animalcules. Duncan avait aussi parfaitement distingué ces petits êtres à extrémité filiforme très-acérée. Ils s'agitaient vivement, surtout quand ils étaient mis dans l'eau.

Lorsque les filaires se rompent sous la peau, le fluide qu'ils contiennent vient se mêler à celui qui provient du tissu cellulaire (2). Ce fluide, qui est séreux et lactescent, contient, comme l'ont vu MM. Maisonneuve et Deville, un nombre considérable de ces animalcules à tête mousse et à queue très-effilée, tourbillonnant sans cesse avec une grande agilité. Ces mouvements ont persisté pendant plusieurs jours, malgré les différences de température. Quand ces individus microscopiques étaient un peu desséchés, ils perdaient de leur mobilité;

(1) *Annales des Sciences naturelles*, t. I, p. 320.

(2) Ferrari, lettre à Clot-Bey. (*Annales de la doctrine physiologique*, t. XXII, p. 142.)

ils la reprenaient dès qu'ils étaient humectés; ils ne la recouvraient pas si leur dessiccation avait été complète. Enfin, M. Maisonneuve a reconnu la parfaite identité de ces animalcules et de ceux qui avaient été retirés du corps du filaire lui-même.

Ces faits étant établis, il devient évident que le dragonneau est vivipare. Ainsi se détruit la supposition d'une ponte d'œufs et d'une série de métamorphoses qui n'ont nullement été constatées.

Il est infiniment plus probable que les jeunes dragonneaux, expulsés du corps de leur mère en si grand nombre et déposés sur des surfaces humides, y conservent leur vitalité plus ou moins longtemps, et que rencontrant une peau humaine ils s'y attachent, la traversent, vont se loger et grandir dans le tissu cellulaire; qu'arrivés au terme de leur accroissement, et pour obéir à la loi de leur dernière évolution, ils font naître une petite tumeur, par laquelle s'opère leur issue.

M. Maisonneuve a été frappé d'un fait réellement très-remarquable. C'est que parmi cette multitude de petits dragonneaux qui se trouvent en contact avec l'intérieur des abcès et des ulcérations sinueuses, il ne s'en trouve jamais qui s'y développent et y créent une nouvelle génération de filaires. Il faut que ces êtres passent par un autre milieu et se trouvent dans des conditions différentes.

Toutefois, il est probable que la contagion dont les exemples ont été précédemment cités, s'établit par l'application sur la peau des individus sains du liquide provenant du corps des filaires adultes. On n'a point essayé l'inoculation. Ce serait un excellent moyen de résoudre définitivement le problème de cette propagation.

d. — **Traitement du dragonneau.** — La seule indication que présente l'état morbide occasionné par la présence du dragonneau est de procurer la sortie complète de ce ver.

Généralement il fait lui-même les premiers frais de l'opération, en provoquant une tumeur qui désigne à l'attention du médecin l'asile où il s'est développé.

Quand la tumeur s'ouvre et qu'on aperçoit le parasite, on le saisit et on essaie de l'amener au dehors; mais souvent il résiste et il se rompt; de là un surcroît de douleurs. C'est donc un inconvénient qu'il faut éviter. Dans ce but, on ne se presse pas. On n'attire vers l'extérieur que la portion qui cède, et on la retient en l'enroulant autour d'un petit corps cylindrique. On attend quelques jours et on recommence la traction, toujours opérée avec les mêmes ménagements.

Plus le tissu cellulaire est abondant ou lâche dans la partie où le filaire s'est accru, plus l'extraction de ce ver est facile, comme par exemple au scrotum.

Mais s'il se trouve près des articulations, s'il cause des douleurs vives, s'il s'étend au loin, son extraction est plus ou moins difficile.

On a essayé plusieurs moyens de hâter son issue. Les médecins indiens ont composé une espèce de cataplasme avec l'assa-fœtida, le fruit du solanum melongena, et de l'huile de sésame [1]. Bird fit usage dans un cas de topiques mercuriels. L'entozoaire fut tué, et l'inflammation, qui était vive, fut apaisée. Kennedy, ayant vu un Indien placer au courant d'un ruisseau la partie où siégeait le ver, qui ne tarda pas à sortir, recommanda l'emploi de l'eau froide. Scot a donné le même conseil. Bird prescrivait, au contraire, des fomentations avec de l'eau chaude.

Quelquefois, malgré ces divers moyens, le ver reste enfoncé sous la peau, ou lorsqu'on veut l'extraire, il se brise. On a proposé d'inciser sur son trajet, et, en le soulevant avec précaution, d'exercer à la fois une douce traction dans les deux sens opposés. M. Maisonneuve s'est servi de ce procédé; mais le ver s'est encore rompu de l'un des côtés, et il a fallu pratiquer une nouvelle incision. On ne doit avoir recours à ce moyen que dans les circonstances où l'entozoaire est parfaitement reconnu sous la peau par le toucher du médecin et par le sentiment du malade.

[1] Lettre de Carro, de Vienne. (*Journal d'Hufeland.* — *Bibl. méd.*, t. L, p. 240.)

2e SECTION. — MALADIES CUTANÉES PHYTO-PARASITAIRES.

Ce n'est pas seulement de nos jours que l'on a rapporté la production de diverses maladies cutanées à la présence des parasites végétaux. Ceux qu'on voit naître sur le tronc des arbres peu vigoureux ont fait admettre des analogies et tirer des inductions. Mais ce n'étaient que de simples aperçus. Une période nouvelle allait s'inaugurer en 1839 par les observations, aussi curieuses qu'exactes, du célèbre professeur Schoenlein.

Le microscope a fait découvrir, au milieu de certaines altérations du tissu cutané, des êtres de nature végétale appartenant à la classe des cryptogames, au groupe des champignons, et particulièrement aux tribus des torulacés, des oïdiés et des coniopsidés (1).

Ces végétaux sont composés de très-petits corps, consistants, ovoïdes ou sphéroïdes, organes de reproduction, nommés *spores* ou *sporules*, de cellules allongées, et de filaments nombreux et ramifiés, organes de support ou de végétation constituant le *mycelium*.

Ces êtres, qui trouvent sans doute dans le voisinage de substances azotées ou acides et dans une température assez élevée leurs conditions d'existence, jouissent d'une grande activité nutritive, d'une force de développement très-marquée et d'une puissance de reproduction très-énergique.

En considérant l'extrême fécondité et les ressources infinies que la nature déploie pour assurer la propagation des êtres, on s'étonnerait qu'il fallût admettre des générations spontanées comme moyen d'expliquer un prétendu renouvellement des espèces. L'observation est loin d'avoir révélé tous les mystères de la présence et de la diffusion de ces germes imperceptibles, de leur résistance aux agents de destruction, de leur pénétration à travers les tissus les plus serrés, etc.

(1) Ch. Robin; *Hist. nat. des végétaux parasites qui croissent sur l'homme et sur les animaux vivants*. Paris, 1853, p. 255.

Étudiés au point de vue qui, dans un traité de pathologie, doit seul appeler l'attention, les parasites végétaux se présentent, soit comme causes morbifiques, soit comme produits ou comme simples coïncidences d'un état anormal de l'organisme.

L'apparition de ces cryptogames dès l'invasion de la maladie, la réalité de leur transmission d'individu à individu dans le phénomène dès lors explicable de la contagion, la cessation des symptômes par la destruction de ces êtres, qui, dans ces diverses circonstances, jouent un rôle si important, ne permettent guère de ne voir en eux que de simples accidents, que des effets ou des produits de l'état morbide. Suivis avec une grande sagacité dans leurs envahissements de l'organisme, ils sont considérés par la science comme causes. Tous n'ont pas été complétement étudiés, mais les incertitudes qui persistent encore sur les caractères distinctifs de quelques-uns perdent de leur fâcheuse influence par les notions exactes et précises qui composent l'histoire des autres. On peut à bon droit s'étonner qu'en si peu d'années tant de recherches aient été faites, tant de progrès obtenus. Non-seulement la connaissance des parasites a éclairé l'étiologie d'un certain nombre de maladies, mais encore elle en a rendu le traitement et plus rationnel et plus efficace.

Les affections phyto-parasitaires forment aujourd'hui une famille très-naturelle, et leur rapprochement est conforme aux principes d'une classification essentiellement pratique.

Ces maladies sont le *favus*, le *porrigo decalvans*, les *herpès tonsurant* et *circiné chronique*, le *sycosis*, le *chloasma*.

Toutes sont transmissibles par le contact, mais elles ne se manifestent pas avec la même facilité, avec la même fréquence chez tous les individus. Il en est des spores comme des autres graines végétales : pour germer, elles ont besoin de certaines conditions de terrain, d'exposition, d'engrais, etc. Ainsi, quelques maladies phyto-parasitaires sont plus communes dans la seconde enfance et dans la jeunesse, chez les sujets lymphatiques et débilités. Il existe entre ces maladies et cer-

taines diathèses des rapports qui seront indiqués. Il doit y avoir une aptitude particuliere, une disposition morbifique qui rende plus facile la transmission contagieuse de ces maladies.

Dans leur invasion sur le domaine de l'organisme humain, les parasites végétaux font naître des phénomènes remarquables. Agents d'excitation, ils provoquent le prurit, des symptômes nerveux, des réactions inflammatoires; ils déterminent des congestions locales, la formation de papules, de vésicules, de pustules, d'indurations, etc. Ils s'attachent surtout au système pileux, dont ils altèrent la texture et enraient la nutrition. Enfin, sans être une cause de destruction rapide pour l'individu dont ils se sont emparés, ils sont souvent pour lui une occasion fâcheuse de trouble, de tourment et de lente détérioration.

Il importait de rechercher les moyens les plus expéditifs de soustraire l'organisme à l'influence de ces êtres malfaisants. Un progrès incontestable a été opéré par les heureuses tentatives de M. le Dr Bazin, médecin de l'hôpital Saint-Louis. Il y aurait injustice à ne pas reconnaître les services rendus à l'humanité par ce dermatologiste distingué, quelle que soit la manière d'envisager les théories qui ont présidé à sa thérapeutique.

Il a établi que la destruction des parasites devait s'opérer par des moyens directs, et que le meilleur était de porter les médicaments parasiticides au foyer même de la pullulation cryptogamique; il a été également reconnu que la première condition était l'avulsion des bulbes et des tubes pileux, dans lesquels les parasites se cachent et se soustraient aux moyens de l'art; enfin, que l'extraction partielle et successive des cheveux ou des poils était préférable à l'épilation en masse opérée par les moyens anciennement employés.

I. — FAVUS.

Sous le nom de *favus* on désigne soit une maladie particulière du cuir chevelu, soit les productions spéciales qui le ca-

ractérisent. C'est dans le premier sens que je l'emploierai, à l'exemple de M. Rayer et de la plupart des dermatologistes modernes.

Les Latins nommaient *favus* un rayon, un gâteau de miel, (χηριον des Grecs). Galien donna, par analogie, cette dénomination à des tumeurs de la tête, percées de trous nombreux, par lesquels suintait une matière épaisse et semblable à du miel. Il rapprocha cette maladie des achores, fournissant une matière plus fluide ([1]). Alexandre de Tralles adopta cette distinction, et ajouta que dans le favus les orifices sont plus larges et ressemblent davantage aux alvéoles des gâteaux de miel ([2]).

Les médecins arabes imposèrent différents noms aux maladies du cuir chevelu. Avicenne se servit du mot *sahafati*, pour indiquer une maladie ulcéreuse et squameuse, distinguée en humide et sèche; on présume que celle-ci n'était autre que le favus ([3]). Avicenne mentionne comme synonymes les mots *alsirengi*, *albachie* et *albothin*. Ce dernier, emprunté à Rhazès, aurait été, d'après Lorry ([4]), successivement altéré, pour en tirer les mots *thim*, *thineum*, et enfin *tinea*.

Le mot *tinea* se trouve dans les traductions des auteurs arabes. Il est dans le livre d'Haly-Abbas, avec la première division qui ait été proposée, relativement aux teignes. Ces maladies sont désignées sous les titres de *tinea favosa*, dans le sens indiqué par Galien et par Alexandre de Tralles; de *tinea ficosa*, tumeurs rondes et dures contenant des petits corps semblables à des graines de figues; de *tinea ameda*, à trous plus petits que ceux de la première espèce; de *tinea uberosa*. à saillies mamillaires; enfin, de *tinea lupinosa*, sèche et blanchâtre, imitant l'aspect des graines de lupin ([5]). Cette dernière constitue le favus tel qu'on le spécifie aujourd'hui.

([1]) *De tumoribus præter naturam*, cap. XV. (*Opera*, t. II, 2a pars, p. 43.)

([2]) *De arte medica*, lib I, cap. IX, édit. de Haller, t. 1, p. 12.

([3]) Il l'appelle *sahafati antiqua et sicca*. (Liber *Canonis*, lib. IV, fen. VII, tract. III, cap. II, p. 514.)

([4]) *De morbis cutaneis*, p. 463.

([5]) Haly filius Abbatis, *Liber totius Medicinæ a Stephano ex arab. ling. in lat. red.* Lugduni, 1523, in-4°, verso de la page 98.

Guy de Chauliac [1] reproduisit littéralement la division d'Haly-Abbas. Ambroise Paré n'admit que trois espèces, sous les noms de *squamosa, ficosa* et *corrosiva* [2]. On réconnaît difficilement le favus, même dans la seconde espèce, à laquelle on l'a cependant rapporté.

Ce fut dans le cercle tracé par Haly-Abbas que Sennert et la plupart des auteurs des XVIe et XVIIe siècles, firent entrer les diverses sortes de lésions réunies sous le nom de *teigne*. Lorry seul évita la confusion, en ne reconnaissant comme véritable teigne que la *tinea lupinosa* [3].

Murray, après avoir signalé la synonymie complexe de ce genre de maladie, adopta le terme de *favus* ou *tinea favosa,* en lui assignant la signification qui depuis est devenue classique [4].

Alibert, à peine installé à l'hôpital Saint-Louis, essaya de distribuer dans un ordre méthodique les diverses affections cutanées et d'abord les teignes. Il les divisa en faveuses, granulées, furfuracées, amiantacées et muqueuses [5]. Plus tard, il modifia cette division sans l'améliorer. Il partagea les dermatoses teigneuses en achore, porrigine, favus, et trichoma ou plique [6]. C'était augmenter le vague. L'admission du genre porrigine, comprenant les espèces furfuracée, amiantacée, granulée et tonsurante, n'était guère propre à le diminuer. On y voyait le reflet mal déguisé des doctrines anglaises.

Willan, en effet, avait adopté comme appellation générale et plus scientifique des teignes le terme de *porrigo,* qui remonte au temps de Celse [7]. L'écrivain latin s'en était servi

(1) *Chirurgia Tractatus,* tract. VI, doct. II, cap. I.

(2) *Œuvres,* 17e livre, chap. II, p. 587.

(3) *De n orbis cutaneis,* p. 464.

(4) *De medendi tineæ capitis ratione paralipomena.* (*Opuscula.* Gœtting., 1785, t. II, p. 231.)

(5) Gallot, qui suivait la clinique d'Alibert, avait divisé la teigne en faveuse, rugueuse, furfuracée et muqueuse. (*Dissert. sur la teigne.* Paris, 1802.) La première division d'Alibert se trouve dans sa *Description des maladies de la peau,* avec figures coloriées, in-folio. Paris, 1806; — et dans le *Précis théorique et pratique sur les maladies de la peau.* Paris, 1810, t. I, p. 2.

(6) *Monographie des dermatoses.* Paris, 1835, in-4o, p. 267.

(7) *De re medica,* lib. VI, cap. I, art. II, p. 311.

pour désigner les affections squameuses et ulcéreuses du cuir chevelu. Bateman établit six espèces [1] : le *porrigo larvalis* ou croûte de lait, qui se rapporte à l'eczéma ; le *porrigo furfurans,* qui est une variété de pityriasis ; le *porrigo lupinosa,* qui demeure, comme je l'ai déjà dit, le *favus* des modernes ; le *porrigo scutulata,* qui se retrouvera sous le nom d'*herpès tonsurant ;* le *porrigo decalvans,* qui forme aussi un genre à part ; enfin, le *porrigo favosa,* qui est un impétigo.

Comme on le voit, le vague ne diminua pas sous les inspirations de Willan et de Bateman, et M. Rayer a judicieusement agi en proscrivant, comme terme générique, le mot *porrigo.*

Biett et M. Cazenave [2], en désignant le favus sous le nom de *porrigo favosa,* se sont éloignés du sens indiqué par Willan et par Bateman, sans doute pour tenir compte de l'expression de *teigne faveuse,* vulgarisée par Alibert.

Le favus a des caractères qui le distinguent de toutes les autres maladies du cuir chevelu, et qui le font reconnaître, même lorsqu'il se présente loin de son siége de prédilection. Il est constitué par des croûtes ou productions sèches, d'un jaune clair, d'une forme circulaire, n'excédant pas 10 à 12 millimètres de diamètre, offrant une dépression centrale, et généralement traversées par quelques cheveux ou poils.

Telle est la notion symptomatologique qu'on peut donner du favus. Mais d'importants travaux ont rendu de plus en plus positive et précise la connaissance de cette maladie. Étudiée avec soin, sous le rapport de l'anatomie pathologique, par Baudelocque [3] et par M. Letenneur [4], elle a été poursuivie jusque dans son origine par M. Schoenlein, découvrant le cryptogame auquel elle doit sa nature essentiellement parasitaire. Observé par MM. Gruby [5], Remak, Lebert [6], Vo-

(1) *Practical synopsis of cutan. diseases,* p. 159.
(2) *Maladies de la peau,* p. 322.
(3) *Recherches sur la teigne faveuse.* (*Revue méd.,* 1831, t. IV, p. 27.)
(4) *Recherches sur le favus.* (Thèses de Paris, 1839, n° 196.)
(5) *Compte rendu des séances de l'Académie des Sciences,* 1841, p. 72 ; 1842, p. 513.
(6) *Physiologie pathol.,* t. II, p. 477.

gel [1], Ch. Robin [2], l'*achorion schoenleinii* doit être aujourd'hui considéré comme l'élément fondamental des productions faviques.

M. Bazin a réuni sous le nom de *teignes* la plupart des maladies cutanées phyto-parasitaires. Mais il a distingué en premier lieu la teigne faveuse, c'est-à-dire le favus.

a. — Causes du favus. — 1° Le favus, se montrant successivement dans une famille, a pu faire supposer une influence héréditaire [3]. Mais il est très-difficile de décider si dans ces circonstances il ne s'agissait pas plutôt de contagion.

2° Il est des conditions d'âge, de tempérament, de constitution, qui facilitent le développement du favus. C'est dans la seconde enfance et dans l'adolescence que la teigne se contracte ordinairement. Néanmoins, on l'a vue chez le vieillard [4]. Ce sont très-souvent des individus d'un tempérament lymphatique, offrant quelques manifestations de la diathèse scrofuleuse [5], d'ailleurs faibles et mal constitués, qui semblent plus particulièrement disposés à contracter la teigne. Mais on la voit aussi chez des enfants forts et d'un tempérament sanguin; et MM. Barthez et Rilliet n'admettent pas un rapport nécessaire entre les scrofules et le favus [6]. Il est généralement reconnu que cette dernière maladie affecte surtout les enfants pauvres, mal nourris et malpropres [7].

3° Il est assez remarquable que le favus, fort commun en France, soit rare en Angleterre [8]. M. Er. Wilson prétend que cette différence tient à ce que la misère est plus grande dans le premier pays que dans le second [9]. Mais l'Angleterre

[1] *Anat. pathol.*, trad. par Jourdan, p. 391.

[2] *Hist. nat. des végétaux parasites*, p. 441.

[3] M. Lebert a vu dans une famille la mère et cinq enfants, sur sept, atteints de la teigne. (*Physiol. patholog.*, t. II, p. 493.)

[4] Sommé; *Archives*, t. I, p. 482.

[5] Vogel; *Anat. pathol.*, p. 391. — J'ai souvent constaté cette coïncidence.

[6] *Maladies des enfants*, t. I, p 725.

[7] Alibert; *Monographie des dermatoses*, p. 318.

[8] Aucune planche des ouvrages de Willan et de Bateman ne représente le favus.

[8] *Diseases of the skin*, p. 692.

n'a rien à reprocher sous ce rapport à la France, où l'on ne voit rien de pareil à certains quartiers de Londres et aux campagnes de l'Irlande, qu'épargne complétement le favus, selon la remarque de M. Corrigan (1).

4° La contagion de la teigne n'a pas été généralement reconnue. M. Wilson en doute. Pendant son long service à l'hôpital Saint-Pancrace, il n'a vu que six favus. Dans aucun, il n'y avait eu lieu de supposer une transmission contagieuse. L'un de ces malades, âgé de dix ans, avait gardé le favus depuis sept années; il avait un frère et une sœur, il allait à une école composée de cent cinquante enfants; aucun n'avait pris la teigne. C'est que l'achorion ne trouve pas sans doute en Angleterre des organisations ou des conditions analogues à celles qui en favorisent ailleurs la germination. Cependant, Willan et Bateman avaient admis la contagion des diverses espèces de porrigo. Mahon a eu sur les doigts des plaques faviques, après avoir manié et pansé des teigneux. La contagion s'exerce sur le teigneux lui-même à l'aide des ongles. C'est ainsi qu'on voit l'éruption se disséminer. Le peigne et les brosses sont encore des agents fréquents de transmission; les bonnets et les autres vêtements peuvent communiquer la teigne, qui se contracte surtout dans les contacts réitérés des enfants réunis et jouant ensemble sans précaution. En outre, des expériences directes ont été tentées. M. Bazin a fait naître par inoculation des godets faviques sur une plaque d'herpès tonsurant (2). M. Bazin et M. Deffis ont obtenu, dans trois essais d'inoculation des spores de l'achorion, deux demi-succès et un succès complet (3).

b. — Symptômes et marche du favus. — I. Il se passe un certain temps entre le moment où la contagion s'effectue et celui où ses premiers effets se manifestent. M. Bazin a vu s'écouler quarante jours avant l'apparition des godets du favus inoculé (4).

(1) *Medical Times*, t. XII, p. 194.

(2) *Recherches sur les teignes*, 1853, p. 143.

(3) Bazin; *Leçons sur les affections cutanées parasitaires*, 1858, p. 114.

(4) *Leçons*, p. 114.

II. Les premiers phénomènes qu'on remarque sont : 1° un prurit plus ou moins intense et opiniâtre ; 2° une rougeur légère de la peau, limitée ou diffuse, parfois avec tuméfaction étendue ou circonscrite, ou même apparence pustuleuse; 3° une légère exfoliation épidermique ; 4° un changement dans la couleur, la consistance, l'aspect des cheveux.

III. La seconde période est signalée par l'apparition de petites taches jaunes indiquant la naissance des disques ou godets faviques.

Cette production est caractéristique. Aucune autre dans l'organisme ne lui ressemble. Elle est solide dès le premier jour. Ainsi, ce n'est point, comme on l'avait cru, une pustule dont la matière se serait rapidement concrétée.

C'est un corps spécial, formant une croûte d'une couleur jaune, claire, assez analogue à celle du soufre (1), et qui par conséquent tranche très-fortement sur la teinte naturelle de la peau et sur celle des cheveux.

Cette matière, qui est sèche et consistante, mais qui se brise facilement, paraît moins côlorée à l'intérieur qu'à l'extérieur.

La forme qu'affecte la croûte favique dès son apparition est régulièrement circulaire, aplatie, un peu plus épaisse sur les bords qu'au centre. Celui-ci est déprimé, tandis que les premiers sont relevés d'abord, puis arrondis et recourbés vers la peau circonvoisine.

C'est cette figure qui a fait comparer la croûte faveuse à une coupe ou une écuelle, à un pot *(urceus)*, à un godet *(caliculus)*, à la cupule d'un lichen (2), à un petit lampion (3). Le centre de la dépression est traversé par un ou plusieurs cheveux.

Le développement de ces disques ou godets est rapide; leur largeur peut bientôt atteindre un centimètre et même le dépasser.

(1) Selon Alibert, les anciens comparaient la couleur de la teigne faveuse à celle du miel. Ce sont les croûtes de l'impétigo qui en offrent plutôt les apparences.

(2) Alibert ; *Dermat.*, p. 310.

(3) Devergie; *Maladies de la peau*, p. 618.

On pense qu'une lame épidermique très-mince les recouvre et leur procure la surface unie qu'ils présentent ([1]).

Ils exhalent une odeur nauséeuse, comparée à celle de la souris, ou de l'urine de chat, ou des matières végétales putréfiées.

Lorsqu'on détache un disque ou godet faveux, on constate que son côté interne est convexe, avec une légère saillie au centre, et qu'il était enchâssé dans une sorte d'alvéole rouge, mais non ulcérée, tapissée par une membrane très-fine, avec laquelle il n'avait contracté aucune adhérence organique. Les environs de cette dépression du derme ont paru relevés et formant comme un léger bourrelet. Après l'extraction de la croûte, ce rebord s'affaisse, un léger suintement séreux a lieu, et la cavité favique ne tarde pas à se combler.

IV. Les godets peuvent être discrets, isolés et disséminés; leur forme primitive se conserve. C'est le *favus vulgaire* d'Alibert, *urcéolaire* de M. Bazin.

D'autres fois, les croûtes faviques sont rapprochées ou même cohérentes ; et alors, ou bien elles sont régulièrement disposées en plaques larges, régulières, ovalaires ou circulaires; c'est le *favus scutiforme* ([2]), ou *en écu,* ou en groupes ([3]), ou *nummulaire,* ou *annulaire,* ou *en cercles* ([4]) ; ou bien, elles sont entassées irrégulièrement et forment des saillies inégales, des espèces de monticules ; c'est le *favus squarreux* ([5]), la teigne faveuse *squarreuse* ([6]).

Cette différence dans la disposition des godets et des plaques faviques n'en change nullement la nature. C'est toujours la même maladie, offrant dans tel point des croûtes distinctes, et dans tel autre des accumulations plus ou moins consi-

([1]) Ce n'est peut-être, comme le croit M. Ch. Robin, qu'un stroma, une gangue amorphe appartenant en propre au favus. (*Hist. nat. des végétaux parasites,* p. 446.)

([2]) Je dois faire remarquer, pour éviter la confusion entretenue par quelques auteurs, que ce favus scutiforme n'est point le *porrigo scutulata* de Willan et Bateman.

([3]) Rayer; *Maladies de la peau,* t. I, p. 702.

([4]) Cazenave; *Maladies du cuir chevelu,* p. 242.

([5]) Alibert; *Monographie,* p. 314.

([6]) Bazin; *Recherches,* p. 36.

dérables. Au milieu de celles-ci, les godets ont perdu leur aspect caractéristique; ils ne sont plus circulaires; on y distingue à peine les dépressions centrales; souvent ils sont teints par le sang que les ongles du malade ont fait couler. Des poux se logent en grand nombre sous les croûtes amoncelées, d'où s'élève une odeur infecte; mais c'est toujours le favus.

Si, en effet, par des cataplasmes émollients, des corps gras ou des lotions répétées, on enlève ces concrétions, on voit au bout de quelques jours se reformer les plaques, mais alors avec la figure et la couleur propres aux godets faviques.

V. Les cheveux, qui dès le commencement avaient paru malades, deviennent gris cendré ou rougeâtres; ils sont grêles, tortillés, bifurqués, brisés; ils se détachent en grand nombre. La calvitie, au moins partielle, est une conséquence inévitable du favus parvenu à son extrême période.

VI. La peau du crâne, sous l'influence de l'irritation persévérante qu'occasionnent les plaques faviques, se tuméfie, se couvre de pustules, d'abcès, ou s'ulcère et prend un aspect fongueux [1]. Quelquefois, une céphalée opiniâtre a lieu, et on peut présumer que l'inflammation du derme a gagné les tissus sous-jacents.

VII. Souvent les ganglions lymphatiques du cou s'engorgent. Murray parle d'exanthèmes croûteux se manifestant aux narines, aux joues, aux lèvres [2]; ce sont des complications d'impétigo.

VIII. Le favus exerce sur l'organisme une influence marquée par sa durée et par son extension. La nutrition est enrayée. Les enfants restent petits et maigres. La perte des cheveux, les rides et la pâleur de la peau, donnent l'aspect d'une caducité prématurée. La révolution de la puberté ne peut s'accomplir. Alibert a vu des teigneux de vingt ans, dont les organes génitaux étaient semblables à ceux de l'enfant [3], et une

(1) Bazin; *Recherches*, 13e Obs., p. 135.
(2) *Opuscula*, t. II, p. 238.
(3) *Monographie des dermatoses*, p. 312.

fille de vingt-cinq ans, depuis longtemps affectée de favus, qui n'avait jamais eu ses règles et dont les mamelles n'étaient point développées. Alibert a constaté aussi l'influence de la teigne sur le moral, qui devient morose, inquiet; il a même remarqué une tendance au suicide chez un sujet encore fort jeune (1).

Je ne puis déterminer par un assez grand nombre de faits l'influence de la teigne prolongée sur la diathèse tuberculeuse. Je dirai seulement que j'ai vu plusieurs teigneux de l'hôpital mourir de phthisie pulmonaire et de péritonite tuberculeuse.

IX. Le favus peut guérir spontanément par la destruction des bulbes des cheveux affectés. On pense que l'âge de la puberté doit favoriser cette heureuse terminaison; mais on aurait tort de s'abandonner à cet espoir. La durée de la teigne est indéfinie, et cette maladie est sujette à récidive. J'ai reçu, dans mon service en 1853, une femme âgée de quarante-trois ans, qui depuis l'âge de douze ans avait été plusieurs fois atteinte du favus. Deux fois elle avait été traitée par la calotte à l'hospice des Enfants-Trouvés. Cette femme n'était plus réglée depuis neuf ans. D'ailleurs, elle paraissait jouir d'une assez bonne santé.

X. Quoique le favus ait son siége le plus constant sur le cuir chevelu, il peut se montrer sur presque tous les points de la surface du corps. Il s'étend parfois sur la face, sur les oreilles, sur les sourcils, autour des orbites, sur le nez, les joues. Il peut se manifester sur le tronc et sur les membres. Alibert a donné la figure d'un jeune pâtre de la Picardie, dont toute la peau était parsemée de plaques circulaires de favus.

La matière favique s'accumule souvent sous les ongles, entre deux lames cornées qu'elle écarte. Cette altération a été reconnue par Murray (2), par Mahon, par Meissner (3), par

(1) *Monographie des dermatoses*, p. 311.

(2) *Opuscula*, t. II, p. 238.

(3) Chez un vieillard de quatre-vingts ans. *Archiv. fur Phys. Heilkunde*, 1854. (*Archives*, 5e série, t. V, p. 90.)

M. Bazin ([1]). L'ongle jaunit, se déforme, devient fragile, se perfore, ses fibres longitudinales se séparent et poussent inégalement.

M. Cazenave a vu le favus se développer primitivement sur le scrotum. Les disques, assez petits, n'étaient pas tous traversés par des poils apparents ([2]).

M. Lebert a trouvé des godets faviques sur le gland. L'absence de poils devait faire présumer que cette partie serait à l'abri des atteintes du favus ; mais M. Bazin ayant eu l'occasion de constater un fait analogue, s'est aperçu que le disque faveux était traversé, là comme ailleurs, par un poil ([3]).

Le favus s'est montré isolément sur les membres, et principalement vers leurs régions externes ou dorsales. M. Barth l'a remarqué sur un doigt et sur la cuisse ([4]). M. Bazin l'a vu former une large incrustation à la jambe. M. Hulin a rapporté l'exemple assez curieux d'une éruption favique née chez une vieille femme, sous un bandage de fracture de la cuisse ; c'était sans doute avec les pièces de l'appareil empruntées à un hôpital, que la matière contagieuse avait été transportée ([5]).

J'ai vu chez un des infirmiers de mon service, homme de vingt-neuf ans, une plaque favique parfaitement caractérisée à la partie moyenne et externe du bras gauche ; elle était irrégulièrement circulaire. Il y avait trois mois qu'elle avait paru. Après avoir été ramollie par des cataplasmes et ensuite détachée, le derme ayant été profondément cautérisé, elle ne reparut pas. A l'époque où cette observation fut faite, des teigneux étaient encore traités à l'hôpital et se mêlaient parfois aux infirmiers pour divers travaux à exécuter hors des salles.

e. — Anatomie et microscopie pathologiques du favus. — I. L'examen cadavérique d'un teigneux fait le plus souvent reconnaître des altérations pathologiques qui résultent de graves coïn-

([1]) *Leçons*, p. 111.
([2]) *Annales des maladies de la peau*, t. IV, p. 64.
([3]) *Leçons*, p. 112.
([4]) *Bullet. de la Société anatomique*, 1845, p. 73.
([5]) *Sur le favus*. (Thèses de Paris, 1855, n° 313, p. 21.)

cidences. On en a constaté qui tenaient à des circonstances spéciales, comme des inflammations intenses qui du cuir chevelu s'étaient transmises au périoste et même aux os du crâne. Alibert dit avoir trouvé la lame externe usée et le diploé à nu. Il invoque à cette occasion le témoignage de Beauchêne ([1]). Il mentionne aussi la friabilité des os.

Lorsqu'on enlève un lambeau de la peau du crâne recouvert de plusieurs disques faveux, et que ceux-ci sont détachés, on reconnaît aisément que le derme est aminci aux points affectés. Sa surface interne offre une légère convexité; il n'y a point de solution de continuité, et la matière favique ne s'y montre en aucune façon. M. Letenneur, professeur à l'École de Médecine de Nantes, dans ses recherches faites en 1837 sous les yeux de Biett, a vu quelquefois appliquées contre cette surface interne du derme de petites granulations, qu'il regardait comme les restes des follicules pileux ([2]).

On a émis des opinions diverses sur le siége premier de la production favique. Baudelocque et M. Rayer ont fait voir qu'il était dans le follicule pileux; et d'après les recherches précises de M. Letenneur ([3]), c'est à l'extrémité externe du conduit pilifère que la matière jaune s'accumule; elle en remplit le goulot, en élargit l'orifice, en refoule les bords et soulève l'épiderme, pour venir se développer et s'étaler autour du poil malade.

La racine des cheveux n'est donc pas, comme le croyait Duncan ([4]), le point de départ de la maladie. Les follicules sébacés sont aussi étrangers à sa formation; on ne les trouve ni enflammés ni hypertrophiés ([5]), encore moins remplis de matière favique.

Cette matière, examinée chimiquement, a paru contenir une assez grande quantité de phosphate de chaux ([6]).

([1]) *Monographie des dermatoses*, p. 316.
([2]) Thèses de Paris, 1839, nº 196, p. 18.
([3]) Thèse, — et *Gaz. des Hôpit.*, 1848, p. 104.
([4]) *Medical cases and Obs.*, p. 159.
([5]) Bazin; *Leçons*, p. 117.
([6]) Pers; *Mém. de la Soc. médicale d'Émulat.*, t. I, p. 230.

II. On avait supposé que les croûtes du favus étaient formées par du pus concrété, des débris d'épiderme, du fluide sébacé épaissi, etc. Mais l'examen microscopique a prouvé qu'elle a pour élément essentiel un cryptogame, considéré d'abord par M. Schoenlein comme un *oïdium*, mais appelé depuis *achorion schoenleinii*.

La constatation de la présence du champignon est fort simple. Un petit fragment de croûte de favus, imbibé d'eau distillée, ou d'acide acétique, ou d'ammoniaque, ou d'alcool, ou de chloroforme, etc. [1], placé entre deux plaques de verre, montre au microscope : 1° des spores ou sporules nombreuses, arrondies, ovalaires, de 0,m003 à 0,m010 [2] dans le sens de la longueur ; 2° des tubes en partie remplis de spores et de granules (réceptacles ou sporophores) ; 3° des tubes vides, cylindriques, flexueux et ramifiés (mycelium).

Ces diverses parties ne forment pas seulement l'amas visible à l'extérieur ; on les retrouve sur la partie du cheveu qui plonge dans l'épaisseur de la peau et jusqu'à sa racine. Les spores lui forment comme une gaîne, et pénètrent dans son tissu quand celui-ci est altéré [3].

Indépendamment de l'*achorion schoenleinii*, les godets faviques ont présenté un autre cryptogame : c'est le *puccinia favi*. Il a une forme allongée, avec une extrémité en massue, et un col ou rétrécissement circulaire. Il se distingue par une couleur rouge-brune. Il a été vu d'abord par M. Arndtsen, de Christiania [4], et ensuite par M. Ch. Robin [5] et par M. Hulin [6].

d. — **Diagnostic et pronostic du favus.** — I. Les caractères des godets du favus sont trop tranchés pour qu'une erreur de diagnostic soit possible. Elle ne serait possible que si les

(1) Bazin ; *Leçons*, p. 117.
(2) Ch. Robin ; *Hist. nat. des végétaux parasites*, p. 450.
(3) Bazin ; *Leçons*, p. 118.
(4) *Annales des maladies de la peau*, t. III, p. 287.
(5) *Hist. nat. des végétaux parasites*, p. 613.
(6) *Dissertation sur le favus*. (Thèses de Paris, 1855, n° 313, p. 18.)

croûtes étaient déformées, entassées, tachées par le sang, par la matière purulente, etc. On pourrait alors supposer la présence d'un impétigo ou d'un eczéma. On verra plus loin les indices à l'aide desquels l'erreur serait évitée. Si des doutes subsistaient, on détacherait les croûtes par l'application des cataplasmes, et on verrait au mode de leur reproduction à quel genre de dermatose elles appartiennent.

II. Le favus n'est point une maladie dangereuse par elle-même, mais toujours désagréable et quelquefois fâcheuse à cause de ses coïncidences. Le teigneux est un objet de dégoût et de répulsion pour les personnes avec lesquelles il vit. Il semble porter la marque de la saleté et de l'incurie.

Par sa longue durée, la teigne porte atteinte au développement général de l'individu, et peut favoriser la fâcheuse influence des diathèses scrofuleuse et tuberculeuse.

On a cru que la suppression subite de la teigne pouvait produire des affections cérébrales graves [1]. La guérison du favus ne saurait avoir cet inconvénient. Il s'agissait sans doute bien plutôt des phlegmasies coïncidentes du cuir chevelu, et peut-être les remèdes employés pour guérir cette maladie avaient-ils eu par eux-mêmes une fâcheuse influence.

La teigne était curable autrefois; mais elle exigeait des traitements longs et douloureux. Aujourd'hui, peu de mois suffisent pour la guérir.

e. — Traitement du favus. — Il serait complétement inutile de rappeler ici les nombreux remèdes qui ont été proposés pour amener la guérison du favus. Leur inutilité a été trop souvent constatée. Moi-même ayant eu, de 1838 à 1841, à m'occuper des teigneux de l'hôpital Saint-André, j'avais le vif désir d'épargner à ces pauvres enfants les douleurs que la calotte leur occasionnait, et l'inflammation du cuir chevelu que j'avais souvent constatée à la suite de cette pratique. Parmi les moyens qui m'inspiraient quelque confiance se trouvaient l'io-

[1] Diemerbroeck; *Obs. et cur. med.*, Obs. 60.

dure de soufre et la cautérisation des cavités faviques, après la chute des croûtes. Je crus un instant avoir vaincu le mal. Ce triomphe ne fut pas de longue durée. La réapparition des disques faveux me découragea complétement, et les Sœurs reprirent la direction du traitement empirique de la teigne par l'application de la calotte.

Lorsque M. Bazin, dans un rapport qui portait un cachet de judicieuse observation et de vérité ([1]), eut fait connaître les avantages de l'épilation directe et complète, je désirai faire profiter nos jeunes teigneux des résultats de ce procédé, et, sur mon avis, la Commission administrative des hospices établit un service spécial qui a été dirigé par M. le Dr Le Barillier, médecin de l'hospice des Enfants-Trouvés ([2]).

Depuis longtemps, on avait reconnu qu'il fallait enlever les cheveux rendus malades par la teigne, et on s'était servi d'emplâtres épilatoires, composés de poix noire, de résine, de poix de Bourgogne, de diverses substances métalliques, etc. Ces emplâtres formaient autour du crâne une *calotte* très-adhérente qui, lorsqu'on l'arrachait brusquement, entraînait un certain nombre de cheveux. Mais cette extraction n'était jamais que partielle, et pour la rendre suffisante, il fallait répéter à de nombreuses reprises les applications de ce douloureux topique.

Les frères Mahon se servaient du peigne et de leurs doigts pour ôter les cheveux malades. Cette opération, exigeant une patience et une dextérité spéciales, demeurait le privilége de leur famille.

M. Bazin, éclairé par les recherches microscopiques, et jugeant que la portion intra-folliculaire du cheveu recèle le principe reproducteur du favus, essaya l'épilation à l'aide des pinces, et s'aperçut que ce procédé, non-seulement était moins douloureux, mais qu'il était plus expéditif et plus sûr. Je ne

([1]) *Rapport à M. le Directeur de l'assistance publique, sur le traitement des teignes à l'hôpital Saint-Louis, en 1852, 1853 et 1854*, par M. Bazin. (*Moniteur des Hôpit.*, t. II, 1854, p. 863.)

([2]) *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1856, p. 381.

doute pas qu'il ne soit généralement adopté, même par les médecins qui n'attribueraient pas le favus à un cryptogame; car en présence de résultats pratiques aussi certains que remarquables, après des guérisons solides obtenues en trois ou quatre mois au lieu de douze ou quinze, les théories doivent se taire et les oppositions systématiques s'effacer.

Le traitement du favus embrassè deux indications : l'avulsion des cheveux ou des poils, et la destruction du parasite par des agents particuliers. Quelques moyens généraux trouvent aussi leur utilité dans la curation du favus.

I. Avant de commencer l'épilation, il faut détacher les croûtes, et d'abord on coupe les cheveux à quelques millimètres de la surface de ia peau. On recouvre le crâne avec des cataplasmes émollients, on fait des lotions alcalines ou savonneuses, on donne quelques bains simples. S'il y a de l'inflammation, on continue les émollients pendant quelques jours. Si le sujet est pléthorique, on lui fait appliquer des sangsues à l'anus, et on le soumet à un régime sévère. Mais ce n'est ordinairement que chez les adultes que cette précaution est nécessaire.

On humecte les parties atteintes de favus avec de l'huile de cade, et bientôt on fait procéder à l'extraction des cheveux par une personne habituée à ce genre de travail. On se sert pour cette extraction de pinces à extrémités aplaties, larges et inflexibles. Il faut épiler non-seulement les parties affectées par les plaques faviques, mais aussi les environs, et on ne doit pas laisser le plus petit fragment de cheveu. Quatre ou cinq séances d'une à deux heures suffisent pour que l'opération soit complète.

II. Immédiatement après chaque épilation, on passe sur les surfaces malades, à l'aide d'un pinceau, une solution de sublimé corrosif (bi-chlorure de mercure, 1 gr.; eau distillée, 2 à 300 gr.); et quelques heures après on recouvre toute la partie épilée avec une pommade à l'acétate de cuivre, ou au turbith minéral (sous-deuto-sulfate de mercure jaune, 1 gr.; axonge, 30 à 40 gr.).

Lorsque le favus se développe sur une surface où les poils sont très-fins et se brisent entre les mors de la pince, on se borne aux pommades et à la solution de sublimé. On peut cautériser les surfaces avec le nitrate d'argent.

III. Les soins de propreté sont toujours nécessaires. Un régime fortifiant, l'usage des amers et de l'huile de foie de morue, conviennent aux enfants faibles et disposés aux scrofules ([1]).

Je considère les bains sulfureux comme un auxiliaire constamment utile.

Les bains de sublimé pourraient être avantageux si le favus était répandu sur des parties dépourvues de poils saisissables.

II. — PORRIGO DECALVANS.

Bateman a donné du *porrigo decalvans* une idée très-exacte en le définissant une calvitie partielle, affectant la peau du crâne par plaques circulaires, sur lesquelles ne reste pas un vestige de cheveux, tandis qu'ils se conservent autour aussi épais que dans l'état normal. La peau, ainsi dénudée, est polie, luisante et très-blanche ([2]).

Cette maladie pourrait se rapporter à l'*area* de Celse ([3]). M. Rayer la rattache à l'alopécie ([4]), et M. Cazenave en a fait le vitiligo du cuir chevelu ([5]). Mais le porrigo decalvans est une calvitie et non une alopécie, et le vitiligo ne l'accompagne pas toujours, par conséquent n'en fait pas le caractère essentiel.

M. Bazin, après en avoir distingué deux genres sous les noms de *teigne achromateuse* et de *teigne decalvante* ([6]), n'en a plus tard reconnu qu'un seul. Renouvelant un vieux

([1]) Murray préconisait l'extrait de ciguë. (*Opuscula*, t. II, p. 251.)

([2]) *Synopsis of cut. diseases*, p. 173.

([3]) *De re medica*, lib. VI, cap. I, art. IV, p. 312.

([4]) *Maladies de la peau*, t. II, p. 744.

([5]) *Maladies du cuir chevelu*, p. 279 ; — et *Journ. des Connaiss. méd.-chir.*, 1850, p. 85.

([6]) *Recherches sur la nature et le traitement des teignes*. Paris, 1853, p. 43 et 44.

mot français, très-peu scientifique, il l'a nommé *teigne pélade* [1].

Il n'est pas rare de voir sur le crâne ou les autres parties occupées par le système pileux, des places plus ou moins larges absolument dégarnies de cheveux ou de poils. Quand les surfaces dénudées sont encore étroites, les sujets n'y font guère attention; mais lorsque la dépilation fait des progrès, elle devient une cause de sérieuse préoccupation. Tel était le cas d'un médecin qui consultait en 1848 M. Devergie, en relatant tous les détails de l'observation recueillie sur lui-même [2]. C'était un homme de trente-six ans, dont le cuir chevelu, à la suite de céphalées opiniâtres, s'était dépouillé de cheveux, par plaques exemptes de rougeur et de sensibilité. Après quatre ou cinq mois de calvitie partielle, il se formait un léger duvet qui se convertissait en cheveux fins et blancs. Le sourcil droit perdait en même temps ses poils, et ceux de la barbe poussaient blancs; de plus, il se manifestait sur la face et les mains des taches achromateuses entourées d'une coloration jaune ou brunâtre. Il y avait donc chez ce confrère : porrigo decalvans, albinisme accidentel partiel, et pityriasis nigra ou melasma, c'est-à-dire, lésion coïncidente du système pileux et de l'élément pigmentaire cutané.

Macilwain assure que le porrigo decalvans se rencontre moins souvent dans la pratique que les autres teignes [3]. On le voit très-rarement dans les hôpitaux, où il ne serait pas considéré comme un motif suffisant d'admission.

a. — Causes du porrigo decalvans. — Cette maladie paraît être plus fréquente chez les individus du sexe masculin et chez les adultes. Je l'ai observée chez des jeunes garçons de neuf à douze ans. Le tempérament lymphatique y dispose. Elle peut se manifester avec une constitution sèche et nerveuse. Je l'ai vue plus souvent avec des cheveux châtains

(1) *Leçons sur les affections cutanées parasitaires.* Paris, 1858, p. 195.
(2) *Gaz. des Hôpit.*, 1848, p. 82.
(3) *Clinical Observations on the Porrigo*, p. 26.

foncés qu'avec des cheveux blonds. On a quelquefois soupçonné la diathèse syphilitique. Un érythème du cuir chevelu, une céphalée prolongée, sont mis au nombre des causes qui y disposent. On l'a encore attribuée à l'action de l'humidité. On a nié sa propriété contagieuse ([1]). Mais quelques faits m'ont paru la rendre très-probable. Ainsi, j'ai été récemment consulté pour un jeune garçon de neuf ans, ayant trois plaques de porrigo decalvans. M'informant si d'autres personnes de la famille avaient une maladie analogue, on m'a répondu qu'une domestique, congédiée depuis peu de temps, portait sur sa tête de larges places absolument dégarnies de cheveux et tout à fait semblables à celles du jeune malade. Les autres enfants, au nombre de quatre, n'avaient encore rien présenté de pareil.

b. — Symptômes du porrigo decalvans. — 1° Bateman, pour justifier sans doute le nom et la place qu'il a donnés au porrigo decalvans, prétend que cette dermatose commence par des petites achores, qui se dissipent bientôt ; et il ajoute : cependant, ce n'est pas sûr. Effectivement, aucune éruption vésiculeuse ou pustuleuse ne se manifeste, soit au début, soit dans le cours de cette affection cutanée. Souvent les malades ne s'aperçoivent de son invasion que par la chute des cheveux. Quelquefois ils sentent du prurit et de la chaleur au cuir chevelu ; et M. Bazin parle de squames se détachant de l'épiderme ([2]). Le médecin qui s'était adressé à M. Devergie, disait avoir trouvé dans ses cheveux une sorte de poussière.

2° Les cheveux tombent de *toute leur longueur*, le bulbe compris ; la partie dépouillée de cheveux présente ordinairement une *forme circulaire* et un à quatre centimètres de diamètre ; d'autres fois, une figure irrégulière, allongée et sinueuse ([3]). La chute des cheveux s'effectue avec plus ou moins de rapidité ; quelquefois, en un mois, une ou plusieurs places

([1]) Cazenave, *Annales des maladies de la peau*, t. I, p. 40.
([2]) *Leçons*, p. 200.
([3]) Bazin ; *Ibidem*.

sont entièrement dénudées. Une circonstance remarquable, signalée par Bateman, est la *conservation des cheveux,* soit dans leur intégrité, soit dans leur aspect normal, tout autour des places frappées de calvitie.

3° La peau, sur ces surfaces, paraît *blanche, luisante, unie;* cette couleur tranche d'autant plus que les cheveux environnants sont plus noirs. Les planches des Traités de dermatologie ne manquent pas de faire ressortir ce contraste.

4° Quelquefois il y a en même temps *dépression* des surfaces dénudées ([1]), phénomène dû sans doute à l'atrophie des follicules et des bulbes pileux, et de l'appareil pigmentaire; d'où provient un amincissement de la peau.

5° D'autres fois, la partie dénudée est plutôt tuméfiée, un peu rouge, et même parsemée de petites saillies. M. Van Gaver a vu chez un enfant de treize ans des bosselures molles, fluctuantes, fournissant un fluide séreux; d'autres étaient dures ([2]).

6° Le porrigo decalvans peut occuper les diverses régions du crâne : c'est le plus souvent la partie postérieure. Il peut se montrer aux sourcils, aux lèvres, au menton, à la région sus-hyoïdienne et aux organes sexuels ([3]).

7° Les surfaces privées de poils se multipliant ou s'étendant, la calvitie peut devenir presque générale.

8° La peau n'éprouve sur le centre des parties épilées aucune sensation; mais il y a souvent du prurit vers la circonférence, c'est-à-dire vers les points où la maladie fait des progrès.

9° La durée du porrigo decalvans est toujours longue, si elle n'est pas indéfinie. Elle est au moins de plusieurs mois. M. Cazenave a noté un cas de guérison spontanée. Elle s'annonça par une teinte rosée de la peau et par la renaissance des cheveux ([4]).

([1]) Bazin; *Gaz. des Hôpit.*, 1853, p. 371.

([2]) *Réflexions sur l'herpès tonsurant observé chez l'enfant.* (Thèses de Paris, 1857, n° 158, p. 35.)

([3]) Cazenave; *Gaz. des Hôpit.*, 1850, p. 430.

([4]) *Journ. des Connaiss. méd.-chir.*, 1850, p. 85.

c. — **Microscopie pathologique du porrigo decalvans.** — M. Gruby présenta, en 1853 ([1]), à l'Académie des Sciences, le résultat de ses recherches sur le cryptogame d'une affection du cuir chevelu, qu'il nommait *porrigo decalvans*. Mais les caractères symptomatologiques attribués à ce porrigo étaient ceux de l'herpès tonsurant, comme M. Cazenave en a fait judicieusement la remarque ([2]). On ne peut donc tenir compte de ces premières recherches. Mais M. Malmsten a distingué le *microsporon audouini,* attribué au porrigo decalvans, et le *trichophyton,* de l'herpès tonsurant. Il a vu le premier occuper l'extérieur du cheveu, et le second l'intérieur de la racine ([3]). M. Bazin ayant admis, en 1853, une teigne achromateuse et une teigne décalvante, leur a attribué deux cryptogames différents : le *microsporon audouini*, et le *microsporon decalvans.* Depuis, il a reconnu l'identité de ces espèces ([4]). Il résulte de ces diverses recherches, qu'un parasite est la cause du porrigo decalvans, mais qu'il convient d'attendre de nouvelles études pour en mieux déterminer l'espèce.

Dans l'examen que j'ai fait des cheveux pris sur des plaques commençantes, j'ai vu quelques racines comme atrophiées, d'autres divisées en fibriles, et des poils très-grêles et flétris dans toute leur longueur. J'ai reconnu autour des racines des cheveux des faisceaux filamenteux composant le mycelium, et de petits aggrégats de corpuscules dont il m'a été impossible d'apprécier la nature et la forme exacte.

d. — **Diagnostic et pronostic du porrigo decalvans.** — I. Cette affection cutanée a des caractères qui la distinguent très-aisément. La calvitie qu'elle produit ne saurait être confondue avec celle que présente le *favus*. Avec celle-ci, la peau est

([1]) *Comptes rendus des séances de l'Académie des Sciences*, séance du 14 août 1853, t. XVII, p. 301.

([2]) *Annales des maladies de la peau*, t. I, p. 39.

([3]) *Archives*, 4e série, t. XXIV, p. 340. J'aurais supposé l'inverse de ce que dit M. Malmsten.

([4]) *Leçons sur les affections cutanées parasitaires*, p. 196. M. Bazin a retrouvé ce même champignon sous les ongles. (P. 204.)

rugueuse, quelquefois rouge et comme cicatrisée. D'ailleurs, les antécédents lèvent toute espèce de doute. L'albinisme partiel accidentel ou *vitiligo,* se montre ailleurs qu'au cuir chevelu ; il n'affecte pas la forme ovalaire ou circulaire. L'*alopécie syphilitique* est plus étendue et s'accompagne de l'altération et surtout de la sécheresse des cheveux. Enfin, le porrigo decalvans ne saurait être confondu avec l'*herpès tonsurant,* comme le prouvera la description.

II. Le prognostic n'est nullement fâcheux ; mais la perte des cheveux, qui est souvent incurable, inspire des craintes et contrarie singulièrement les malades.

e. — Traitement du porrigo decalvans. — Les moyens auxquels on avait autrefois recours pour empêcher les progrès de la calvitie, consistaient à raser souvent le cuir chevelu et à le recouvrir de pommades excitantes.

Thornburg s'était servi pour lui-même, avec succès, de celles de tabac et de citron (1). Beauchamp a conseillé des lotions avec la solution de tartre stibié (2). M. Cazenave a prescrit une pommade composée de moelle de bœuf et de la teinture aromatique du codex, ainsi que des lavages avec une eau savonneuse, ou l'eau salée, et les bains sulfureux.

M. Bazin a indiqué, comme base du traitement, l'épilation générale du cuir chevelu, et les lotions avec la solution de sublimé corrosif. Ces moyens ont guéri le jeune garçon dont a parlé M. Van Gaver. La pommade au turbith minéral et la solution d'acétate de cuivre sont également recommandées.

III. — HERPÈS TONSURANT ET CIRCINÉ CHRONIQUE.

Je réunis sous cette double dénomination deux modes d'une affection cutanée parasitaire, due au même cryptogame, et produisant des éruptions érythémateuses, vésiculeuses, pustuleuses ou papuleuses, et squameuses, affectant la forme

(1) *London med. Gaz.* (*Gaz. méd.*, t. II, p. 74.)
(2) *Dublin Journ of med. Sciences*, 1834. (*Gaz. méd.*, t. II, p. 138.)

d'une plaque ovalaire ou circulaire. Ces plaques offrent des différences, selon qu'elles occupent des surfaces velues ou des surfaces glabres. Dans le premier cas, elles produisent la brisure des cheveux à un où deux millimètres du niveau de la peau; c'est l'*herpès tonsurant*. Dans le second, elles constituent l'*herpès circiné chronique*.

Quelles que soient les régions de la peau que ces deux variétés affectent, elles ont une identité de nature prouvée par leur coexistence fréquente chez le même individu, et par la facile transmission de l'une sous la forme de l'autre.

Les deux noms sous lesquels je viens de désigner cette maladie doivent être conservés, car on ne peut appeler herpès circiné un état morbide dont l'effet principal est de produire la tonsure; ni herpès tonsurant, celui qui ne trouve pas de cheveux à briser.

a. — Historique. — Peut-être Celse avait-il en vue la maladie dont nous nous occupons, lorsqu'il a parlé du *porrigo*. Il mentionne de petites squames nées entre les cheveux (1), mais le reste de sa description peut s'appliquer au pityriasis ou même à des lésions plus profondes du cuir chevelu.

Willan et Bateman en ont donné la première notion exacte. On voit, dit ce dernier (2), sur le crâne, le front, le cou, des places distinctes et plus ou moins éloignées les unes des autres, de figure irrégulièrement circulaire, sur lesquelles se forme d'abord une multitude de petites pustules d'un jaune clair, qui bientôt se rompent et produisent des squames minces, susceptibles de devenir, par leur accumulation, épaisses et rudes. Si ces croûtes sont détachées, on aperçoit des taches rouges et luisantes, garnies de points papuleux et pustuleux. Les cheveux qui recouvrent ces plaques ainsi altérées, se décolorent et se brisent assez court; ils finissent avec le temps par se détruire jusqu'à la racine.

Dans cette exposition, Bateman ne parle nullement de go-

(1) *De re medica*, lib. VI, cap. I, art. II, p. 311.
(2) *A practical synopsis of cutaneous diseases*. London, 1817, p. 167.

dets faviques; ces petites pustules éphémères, qui s'ouvrent et forment de minces squames, n'y ressemblent en aucune façon.

Plumbe a donné la description du même état morbide, en ces termes [1]:

L'attention n'est ordinairement appelée que par la chute des cheveux sur des points où la peau du crâne devient squameuse et rouge. Les cheveux y sont grêles et irrégulièrement dispersés, les uns ayant été coupés dans la racine, les autres près de la surface cutanée. Les petites pustules jaunes ou achores, ne se manifestent pas toujours dans le principe. Elles ne surviennent souvent qu'après un certain temps de prurit et d'irritation. La maladie qui s'étend par le contact de la matière infectante, a une étroite connexion avec une autre affection cutanée, qui se développe sur les diverses parties du corps. Ainsi, on l'a vue apparaître d'abord sur le bras de la mère, puis sur la tête de ses deux jeunes enfants [2].

Cette maladie, dont je viens de donner le signalement en me servant de la description tracée par les auteurs originaux, est le *ringworm* du peuple anglais, et le *porrigo scutulata* de Willan, de Bateman et de Plumbe; or, par une méprise que je ne saurais expliquer, ce porrigo a été rattaché et même assimilé au favus.

Je l'ai déjà dit, le favus est le *porrigo lupinosa* de Willan. Il peut y avoir coexistence du porrigo scutulata et du porrigo lupinosa [3]. L'identité de ces maladies ne s'ensuit pas; ou encore, les plaques du porrigo lupinosa (favus) peuvent être disposées en cercle ou en écu. Cette maladie n'en devient pas, par ce simple changement de forme, un véritable porrigo scutulata.

La description de Bateman laissait peut-être quelques incertitudes; mais la planche qu'il fit graver n'en permettait au-

(1) *A practical essay on ringworm of the scalp.* London, 1821, p. 20.

(2) P. 24 et 29.

(3) Lelenneur; *Réflexions sur l'herpès tonsurant*, p. 27. — Van Gaver, Thèse, 1857, n° 138, p. 30.

cune ([1]). Il est donc étonnant que ce point de dermatographie soit demeuré longtemps douteux ou défectueusement interprété.

Les frères Mahon, dans le nombre considérable des teignes passées sous leurs doigts, avaient très-bien reconnu l'espèce dont il s'agit. Ils la distinguaient par la forme arrondie des plaques et par la rupture précoce des cheveux près de la peau. Ils l'avaient appelée *teigne tondante* ([2]). Alibert, qui s'en rapportait volontiers à ses souvenirs, fit mention, dans son dernier ouvrage, de la *porrigine tondante;* mais il embrassa, dans cette dénomination commune, et la teigne tondante de Mahon, et le porrigo decalvans de Willan ([3]); une pareille confusion serait aujourd'hui impossible.

Quelques années après, en 1840, M. Cazenave observait une espèce pathologique à laquelle il ne trouvait pas des caractères ordinaires et connus. Cette espèce avait pour traits distinctifs sa propriété contagieuse, une forme bien déterminée et des effets notables sur le système pileux. Il la nomma *herpès tonsurant,* expression acceptée, parce qu'elle donnait une idée assez juste de la maladie. Il traça fort habilement les différences qui la séparent du porrigo decalvans, et signala ses affinités avec l'*herpès circiné* ([4]).

Ces rapports ont été étudiés avec une grande attention par M. Malherbe ([5]) et par M. Letenneur ([6]).

En 1844, M. Gruby reconnut dans les cheveux envahis par l'herpès tonsurant, la présence d'un cryptogame ([7]). Des recherches ont été faites dans la même voie par M. Bazin et par M. Baerensprung ([8]).

([1]) *Delineations of cutaneous diseases.* London, 1817, plate XXXIX.

([2]) *Recherches sur le siége et la nature des teignes.* Paris, 1829.

([3]) *Monographie des dermatoses,* p. 296.

([4]) *Annales des maladies de la peau,* t. I, p. 41.

([5]) *Études cliniques sur l'herpès tonsurant.* Nantes, 1852.

([6]) *Réflexions sur l'herpès tonsurant.* Nantes, 1852.

([7]) *Comptes rendus des séances de l'Académie des Sciences,* 1844, t. XVIII, p. 583.

([8]) *De l'herpès (serpigo, ringworm).* Berlin, 1855. (*Gaz. hebdom.*, 1856, p. 293. Extrait par M. Paul Picard.)

Des dissertations ont été publiées sur le même sujet par MM. Cramoisy ([1]), Barteau ([2]) et Van Gaver ([3]).

Je vais bientôt mentionner les recherches de pathologie comparée de M. Reynal ([4]).

De ce coup d'œil jeté sur les travaux relatifs à l'herpès tonsurant, il résulte que cette maladie n'est autre que la teigne tondante, le porrigo scutulata et le ringworm, mots synonymes.

b. — Causes de l'herpès tonsurant et circiné chronique. — 1° Cette maladie s'observe surtout dans l'enfance, de trois à quinze ans; mais elle peut se manifester aussi chez les adultes. Je l'ai observée dans une famille, occupant chez un petit garçon âgé de huit ans et chez sa sœur aînée âgée de cinq, le cuir chevelu; chez une plus jeune sœur, la nuque; et chez la mère, âgée de trente-deux ans, la région dorsale de la main droite, puis le côté gauche du nez et le front. Les faits de ce genre ne sont pas rares. L'herpès tonsurant est commun chez les enfants. Le circiné chronique se voit plus souvent chez les adultes.

2° On a cru remarquer que les jeunes garçons sont plus sujets que les filles à contracter l'herpès tonsurant.

3° Le tempérament lymphatique y dispose probablement; mais on l'observe chez des enfants très-diversement constitués, et de toutes les conditions.

4° On a cru que la diathèse syphilitique pouvait y conduire. Je ne vois aucune liaison entre ces maladies. L'herpès tonsurant a pu succéder au favus ([5]).

5° La contagion joue ici un rôle important. Bateman l'avait reconnu en signalant les progrès rapides du *ringworm* parmi les enfants des écoles nombreuses et des manufactures ([6]).

([1]) *Du trichophyton, des affections qu'il détermine.* Paris, 1856.

([2]) *Teigne tondante.* (Thèse de Paris, 1856, n° 158.)

([3]) *Réflexions sur l'herpès tonsurant observé chez l'enfant.* Paris, 1857, n° 158.

([4]) *Mémoires de l'Acad. de Méd.*, 1858, t. XXII, p. 403.

([5]) Van Gaver, p. 14 et 36.

([6]) Texte de la planche XXXIX des *Delineations of the cutaneous diseases.*

M. Cazenave a vu dans un collége l'herpès tonsurant apporté du dehors s'étendre à plusieurs élèves. M. Malherbe a observé à l'hôpital de Nantes une transmission analogue à quinze enfants; il vit des plaques d'herpès circiné se former sur les mains et sur les avant-bras de la Sœur qui soignait ces enfants. M. Letenneur avait constaté sur lui-même un effet analogue à l'hôpital Saint-Louis. Il paraît que les frères Mahon ont diverses fois subi la même influence contagieuse. Des mères, des bonnes d'enfants [1], ont eu sur le cou, sur les avant-bras et les mains des disques d'herpès chronique, pour avoir touché ou porté des jeunes sujets atteints de la même maladie. Les enfants eux-mêmes se sont inoculé l'herpès en grattant diverses parties du corps avec leurs ongles, devenus ainsi les réceptacles du principe inféctant. Les bonnets, les peignes, les brosses, sont encore des intermédiaires favorables à la propagation de l'herpès chronique.

Malgré les faits nombreux qui semblent avoir mis hors de doute la transmissibilité du *ringworm,* M. Wilson ne l'admet pas. Ses observations, faites à la maison de travail de Saint-Pancrace et dans la pratique civile, lui ont paru contraires à cette opinion [2]. Mais la contagion de l'herpès tonsurant, assez bien prouvée d'après ce qui précède, a été rendue incontestable par les faits de communication des animaux à l'homme.

Les médecins allemands, spécialement Ritter [3], et en France M. Dassit, de Confolens [4], ont constaté la transmission des affections herpétiques de la race bovine à l'homme.

M. Letenneur a vu souvent, au printemps, dans la Vendée, l'herpès tonsurant se communiquer des veaux et des bœufs aux pâtres et aux bouviers.

Depuis très-longtemps, dans le Limousin et dans l'Auvergne, une pareille transmission a été constatée; la maladie s'appelle :

[1] La transmission peut aussi s'opérer des adultes aux enfants. J'en ai indiqué un exemple, t. II, p. 427.

[2] *Diseases of the skin*, p. 669.

[3] *Gaz. méd.*, t. XV, p. 490.

[4] *Bullet. de Thérap.*, t. XXIII, p. 211.

dans la première de ces provinces, *endaï*, et dans la seconde, *anders* (1).

Un travail assez complet a été présenté par M. Reynal à l'Académie de Médecine, sur la dartre tonsurante du cheval et du bœuf, transmissible à l'homme (2). Les chevaux pansés avec les étrilles qui avaient servi pour les malades, et les palefreniers eux-mêmes, ont offert, au bout de huit jours, l'invasion de l'herpès tonsurant ou circiné chronique.

Cette maladie est susceptible aussi de passer de l'homme aux animaux, par exemple au chien (3). Ainsi, l'herpès tonsurant et le circiné chronique constituent une maladie éminemment contagieuse.

c. — **Symptômes de l'herpès tonsurant et circiné chronique.** — Des différences notables existant entre les symptômes des deux variétés de l'herpès chronique, je dois les étudier d'une manière distincte.

I. *Herpès tonsurant.* — 1° L'herpès tonsurant se manifeste insensiblement. Il ne donne lieu à aucun indice prodromique Seulement, les enfants ont quelquefois du prurit à la peau du crâne; cette sensation est plus forte la nuit ou après les repas. Les ongles se promènent souvent sur le cuir chevelu.

2° En examinant cette partie, on voit une ou plusieurs taches légèrement colorées; la peau y est sèche et rugueuse, quelquefois parsemée de points saillants, rarement de petites vésicules ou pustules (il n'y en a jamais dans l'espèce bovine). Cette tache rouge prend une figure ovalaire ou circulaire, et c'est principalement sur ses bords que se distinguent les papules, ou les vésicules, ou un léger relief érythémateux. Cette forme n'est pas constante; je l'ai vue irrégulièrement triangulaire; elle peut être allongée. Les vésicules, qui sont toujours petites et peu distinctes parmi les cheveux, ne fournissent aucun suintement. Elles disparaissent assez promptement.

(1) Obs. de M. Lemaistre, de Limoges. (*Union méd.*, 1858, p. 88.)

(2) *Mémoires de l'Académie Impériale de Médecine*, 1858, t. XXII, p. 403.

(3) Cramoisy; *Sur le trichophyton*, p. 47.

3° Des squames minces, des espèces de furfures, se détachent alors de l'épiderme. C'est ce symptôme constant, ou du moins très-fréquent, qui a fait donner par M. Er. Wilson, à l'herpès tonsurant, le nom de *trichosis furfuracea*. Ces squames ont une couleur blanche, parfois luisante et comme amiantacée, plus souvent terne, grise ou jaunâtre; quelquefois elles sont épaisses et forment des croûtes brunes appliquées contre la peau.

4° Les cheveux, qui dès le principe ont paru secs, cassants, et dont la couleur a présenté quelque changement, se brisent à 1, 2 ou 3 millimètres au-dessus de la surface cutanée. Ils ressemblent aux poils d'une brosse presque entièrement usée. Ils sont disposés par petites houppes irrégulières, entourés et liés par des pellicules ou une sorte d'enduit pulvérulent qui les fait paraître assez gros; ils sont recourbés, déviés de leur direction ordinaire (1). Quelques cheveux conservent çà et là leur longueur; mais bientôt la tonsure se complète et dessine très-bien le disque de l'herpès.

5° On distingue alors la couleur de la peau, qui est violacée, ardoisée, grisâtre chez les bruns, jaunâtre ou rougeâtre chez les blonds (2). Les tronçons des cheveux qui couvrent encore la peau sont les causes probables de cette différence.

6° Il n'existe quelquefois qu'une plaque; très-souvent il y en a plusieurs. M. Cazenave en a compté jusqu'à trente-deux (3). Elles ont généralement 2 à 3 centimètres de diamètre, et sont nummulaires ou ovalaires; elles s'élargissent et peuvent se rencontrer par leurs bords.

7° L'irritation de la peau, le prurit, l'action des ongles, font naître quelquefois des pustules et de petites ulcérations; les cheveux tombent complétement sur ces points. Ailleurs, ils repoussent ou s'allongent, mais c'est presque toujours d'une manière inégale.

II. *Herpès circiné chronique.* — L'herpès circiné chronique,

(1) Malherbe, p. 6.
(2) Bazin; *Leçons*, p. 172.
(3) *Maladies du cuir chevelu*, p 205.

qui est le *ringworm corporis* des Anglais [1], se montre au cou et aux membres supérieurs, principalement aux avant-bras, à la région dorsale des poignets ou des mains, et surtout de la droite [2].

Quelquefois l'herpès tonsurant du crâne, dépassant la limite des cheveux, vient sur le front, la tempe ou la nuque, étendre le cercle qui le complète ; de sorte que la plaque est formée par les deux variétés à la fois. Du reste, les deux variétés peuvent coïncider sur le même sujet.

L'herpès circiné chronique existe plus souvent seul : c'est lui qui se manifeste ordinairement quand la contagion vient d'un cheval ou d'un bœuf.

Cet exanthème commence par quelques points rouges, qui bientôt se multiplient et prennent une forme circulaire. Ce disque érythémateux présente une teinte un peu plus foncée vers la circonférence, et pâlit à peine au centre.

La peau est rugueuse, sèche ; rarement on aperçoit quelques vésicules ; ce sont plus souvent des papules. Il se forme des squames nombreuses et minces, d'apparence furfuracée.

Le prurit est plus ou moins marqué, mais rarement très-intense.

En examinant de près la plaque circinée, on distingue les poils follets de la région, et ils ne paraissent pas malades. Les poils rares et assez gros du scrotum et du pli fémoro-scrotal, peuvent résister si des plaques s'y manifestent.

d. — Marche, durée, terminaisons de l'herpès tonsurant et circiné chronique. — L'herpès tonsurant s'accroît lentement, et le circiné chronique plus lentement : je l'ai vu après huit mois n'offrir que six centimètres de largeur. L'un et l'autre peuvent faire des progrès insensibles sans compromettre notablement la santé des individus qui en sont affectés.

Leur durée est généralement de 6 à 18 mois. Le terme moyen est 10 à 12.

(1) *Ringworm of the body.* (Wilson ; *Diseases of the skin*, p. 665.)

(2) Bazin ; *Leçons*, p. 152.

L'herpès chronique peut guérir plutôt et même spontanément. M. de la Mardière en a donné un exemple : Une petite fille de trois ans portait sur le sommet de la tête trois plaques d'herpès tonsurant; les cheveux étaient brisés; il n'y avait eu ni vésicules ni pustules. Au bout de trois mois, cette légère maladie disparut sans le secours d'aucun topique (¹).

L'herpès circiné chronique, qui provient du contact des animaux, n'est pas en général de longue durée.

e. — Microscopie pathologique de l'herpès tonsurant et circiné chronique. — M. Gruby a le premier décrit un cryptogame propre à l'herpès tonsurant (²). M. Malmsten ayant confirmé cette découverte, a nommé le nouveau végétal *trichophyton* ou *trichomyces tonsurans*. Il appartient à la tribu des torulacés. Il naît dans la racine des cheveux. Les spores, rondes ou ovales, transparentes, de $0^{m},007$ à $0^{m},008$, sont disposées en chapelets. Ces filaments moniliformes écartent les fibres et font irruption dans le conduit pilifère. Ils entourent alors le tube du cheveu, qui devient gris, opaque, épais, fragile, et se brise par la plus légère traction.

M. Lebert paraît avoir observé le même cryptogame (³). M. Bazin a constaté sa présence très-distincte autour du cheveu qu'il enveloppe comme une gaîne, ayant l'aspect tomenteux et la couleur de la gelée blanche (⁴).

M. Baerensprung a représenté ces séries de spores, unies comme les perles d'un collier. Ce parasite, fort différent de celui du favus, paraît, d'après le même observateur et contrairement aux premières opinions émises, naître entre les lames de l'épiderme, de là se porter vers le corps muqueux pour pénétrer entre les fibres du cheveu, qu'il écarte jusqu'à la racine (⁵).

J'ai vu plusieurs fois celle-ci volumineuse, d'apparence

(¹) *Moniteur des Hôpit.*, t. III, p. 768.

(²) *Comptes rendus des séances de l'Acad. des Sciences de Paris*, 1844, t. XVIII, p. 583.

(³) *Physiologie pathologique*, t. II, p. 481.

(⁴) *Leçons*, p. 160.

(⁵) *Gaz. hebdom.*, t. II, 1856, p. 809.

qui est le *ringworm corporis* des Anglais [1], se montre au cou et aux membres supérieurs, principalement aux avant-bras, à la région dorsale des poignets ou des mains, et surtout de la droite [2].

Quelquefois l'herpès tonsurant du crâne, dépassant la limite des cheveux, vient sur le front, la tempe ou la nuque, étendre le cercle qui le complète ; de sorte que la plaque est formée par les deux variétés à la fois. Du reste, les deux variétés peuvent coïncider sur le même sujet.

L'herpès circiné chronique existe plus souvent seul : c'est lui qui se manifeste ordinairement quand la contagion vient d'un cheval ou d'un bœuf.

Cet exanthème commence par quelques points rouges, qui bientôt se multiplient et prennent une forme circulaire. Ce disque érythémateux présente une teinte un peu plus foncée vers la circonférence, et pâlit à peine au centre.

La peau est rugueuse, sèche ; rarement on aperçoit quelques vésicules ; ce sont plus souvent des papules. Il se forme des squames nombreuses et minces, d'apparence furfuracée.

Le prurit est plus ou moins marqué, mais rarement très-intense.

En examinant de près la plaque circinée, on distingue les poils follets de la région, et ils ne paraissent pas malades. Les poils rares et assez gros du scrotum et du pli fémoro-scrotal, peuvent résister si des plaques s'y manifestent.

d. — Marche, durée, terminaisons de l'herpès tonsurant et circiné chronique. — L'herpès tonsurant s'accroît lentement, et le circiné chronique plus lentément : je l'ai vu après huit mois n'offrir que six centimètres de largeur. L'un et l'autre peuvent faire des progrès insensibles sans compromettre notablement la santé des individus qui en sont affectés.

Leur durée est généralement de 6 à 18 mois. Le terme moyen est 10 à 12.

(1) *Ringworm of the body.* (Wilson ; *Diseases of the skin*, p. 665.)

(2) Bazin ; *Leçons*, p. 152.

L'herpès chronique peut guérir plutôt et même spontanément. M. de la Mardière en a donné un exemple : Une petite fille de trois ans portait sur le sommet de la tête trois plaques d'herpès tonsurant; les cheveux étaient brisés; il n'y avait eu ni vésicules ni pustules. Au bout de trois mois, cette légère maladie disparut sans le secours d'aucun topique (1).

L'herpès circiné chronique, qui provient du contact des animaux, n'est pas en général de longue durée.

e. — Microscopie pathologique de l'herpès tonsurant et circiné chronique. — M. Gruby a le premier décrit un cryptogame propre à l'herpès tonsurant (2). M. Malmsten ayant confirmé cette découverte, a nommé le nouveau végétal *trichophyton* ou *trichomyces tonsurans*. Il appartient à la tribu des torulacés. Il naît dans la racine des cheveux. Les spores, rondes ou ovales, transparentes, de $0^{m},007$ à $0^{m},008$, sont disposées en chapelets. Ces filaments moniliformes écartent les fibres et font irruption dans le conduit pilifère. Ils entourent alors le tube du cheveu, qui devient gris, opaque, épais, fragile, et se brise par la plus légère traction.

M. Lebert paraît avoir observé le même cryptogame (3). M. Bazin a constaté sa présence très-distincte autour du cheveu qu'il enveloppe comme une gaîne, ayant l'aspect tomenteux et la couleur de la gelée blanche (4).

M. Baerensprung a représenté ces séries de spores, unies comme les perles d'un collier. Ce parasite, fort différent de celui du favus, paraît, d'après le même observateur et contrairement aux premières opinions émises, naître entre les lames de l'épiderme, de là se porter vers le corps muqueux pour pénétrer entre les fibres du cheveu, qu'il écarte jusqu'à la racine (5).

J'ai vu plusieurs fois celle-ci volumineuse, d'apparence

(1) *Moniteur des Hôpit.*, t. III, p. 768.
(2) *Comptes rendus des séances de l'Acad. des Sciences de Paris*, 1844, t. XVIII, p. 583.
(3) *Physiologie pathologique*, t. II, p. 481.
(4) *Leçons*, p. 160.
(5) *Gaz. hebdom.*, t. II, 1856, p. 809.

qui est le *ringworm corporis* des Anglais (1), se montre au cou et aux membres supérieurs, principalement aux avant-bras, à la région dorsale des poignets ou des mains, et surtout de la droite (2).

Quelquefois l'herpès tonsurant du crâne, dépassant la limite des cheveux, vient sur le front, la tempe ou la nuque, étendre le cercle qui le complète; de sorte que la plaque est formée par les deux variétés à la fois. Du reste, les deux variétés peuvent coïncider sur le même sujet.

L'herpès circiné chronique existe plus souvent seul : c'est lui qui se manifeste ordinairement quand la contagion vient d'un cheval ou d'un bœuf.

Cet exanthème commence par quelques points rouges, qui bientôt se multiplient et prennent une forme circulaire. Ce disque érythémateux présente une teinte un peu plus foncée vers la circonférence, et pâlit à peine au centre.

La peau est rugueuse, sèche; rarement on aperçoit quelques vésicules; ce sont plus souvent des papules. Il se forme des squames nombreuses et minces, d'apparence furfuracée.

Le prurit est plus ou moins marqué, mais rarement très-intense.

En examinant de près la plaque circinée, on distingue les poils follets de la région, et ils ne paraissent pas malades. Les poils rares et assez gros du scrotum et du pli fémoro-scrotal, peuvent résister si des plaques s'y manifestent.

d. — Marche, durée, terminaisons de l'herpès tonsurant et circiné chronique. — L'herpès tonsurant s'accroît lentement, et le circiné chronique plus lentément : je l'ai vu après huit mois n'offrir que six centimètres de largeur. L'un et l'autre peuvent faire des progrès insensibles sans compromettre notablement la santé des individus qui en sont affectés.

Leur durée est généralement de 6 à 18 mois. Le terme moyen est 10 à 12.

(1) *Ringworm of the body.* (Wilson; *Diseases of the skin*, p. 665.)

(2) Bazin; *Leçons*, p. 152.

L'herpès chronique peut guérir plutôt et même spontanément. M. de la Mardière en a donné un exemple : Une petite fille de trois ans portait sur le sommet de la tête trois plaques d'herpès tonsurant; les cheveux étaient brisés; il n'y avait eu ni vésicules ni pustules. Au bout de trois mois, cette légère maladie disparut sans le secours d'aucun topique (1).

L'herpès circiné chronique, qui provient du contact des animaux, n'est pas en général de longue durée.

e. — Microscopie pathologique de l'herpès tonsurant et circiné chronique. — M. Gruby a le premier décrit un cryptogame propre à l'herpès tonsurant (2). M. Malmsten ayant confirmé cette découverte, a nommé le nouveau végétal *trichophyton* ou *trichomyces tonsurans*. Il appartient à la tribu des torulacés. Il naît dans la racine des cheveux. Les spores, rondes ou ovales, transparentes, de $0^m,007$ à $0^m,008$, sont disposées en chapelets. Ces filaments moniliformes écartent les fibres et font irruption dans le conduit pilifère. Ils entourent alors le tube du cheveu, qui devient gris, opaque, épais, fragile, et se brise par la plus légère traction.

M. Lebert paraît avoir observé le même cryptogame (3). M. Bazin a constaté sa présence très-distincte autour du cheveu qu'il enveloppe comme une gaîne, ayant l'aspect tomenteux et la couleur de la gelée blanche (4).

M. Baerensprung a représenté ces séries de spores, unies comme les perles d'un collier. Ce parasite, fort différent de celui du favus, paraît, d'après le même observateur et contrairement aux premières opinions émises, naître entre les lames de l'épiderme, de là se porter vers le corps muqueux pour pénétrer entre les fibres du cheveu, qu'il écarte jusqu'à la racine (5).

J'ai vu plusieurs fois celle-ci volumineuse, d'apparence

(1) *Moniteur des Hôpit.*, t. III, p. 768.
(2) *Comptes rendus des séances de l'Acad. des Sciences de Paris*, 1844, t. XVIII, p. 583.
(3) *Physiologie pathologique*, t. II, p. 481.
(4) *Leçons*, p. 160.
(5) *Gaz. hebdom.*, t. II, 1856, p. 809.

qui est le *ringworm corporis* des Anglais [1], se montre au cou et aux membres supérieurs, principalement aux avant-bras, à la région dorsale des poignets ou des mains, et surtout de la droite [2].

Quelquefois l'herpès tonsurant du crâne, dépassant la limite des cheveux, vient sur le front, la tempe ou la nuque, étendre le cercle qui le complète ; de sorte que la plaque est formée par les deux variétés à la fois. Du reste, les deux variétés peuvent coïncider sur le même sujet.

L'herpès circiné chronique existe plus souvent seul : c'est lui qui se manifeste ordinairement quand la contagion vient d'un cheval ou d'un bœuf.

Cet exanthème commence par quelques points rouges, qui bientôt se multiplient et prennent une forme circulaire. Ce disque érythémateux présente une teinte un peu plus foncée vers la circonférence, et pâlit à peine au centre.

La peau est rugueuse, sèche ; rarement on aperçoit quelques vésicules ; ce sont plus souvent des papules. Il se forme des squames nombreuses et minces, d'apparence furfuracée.

Le prurit est plus ou moins marqué, mais rarement très-intense.

En examinant de près la plaque circinée, on distingue les poils follets de la région, et ils ne paraissent pas malades. Les poils rares et assez gros du scrotum et du pli fémoro-scrotal, peuvent résister si des plaques s'y manifestent.

d. — Marche, durée, terminaisons de l'herpès tonsurant et circiné chronique. — L'herpès tonsurant s'accroît lentement, et le circiné chronique plus lentément : je l'ai vu après huit mois n'offrir que six centimètres de largeur. L'un et l'autre peuvent faire des progrès insensibles sans compromettre notablement la santé des individus qui en sont affectés.

Leur durée est généralement de 6 à 18 mois. Le terme moyen est 10 à 12.

(1) *Ringworm of the body*. (Wilson ; *Diseases of the skin*, p. 665.)

(2) Bazin ; *Leçons*, p. 152.

L'herpès chronique peut guérir plutôt et même spontanément. M. de la Mardière en a donné un exemple : Une petite fille de trois ans portait sur le sommet de la tête trois plaques d'herpès tonsurant; les cheveux étaient brisés; il n'y avait eu ni vésicules ni pustules. Au bout de trois mois, cette légère maladie disparut sans le secours d'aucun topique (1).

L'herpès circiné chronique, qui provient du contact des animaux, n'est pas en général de longue durée.

e. — Microscopie pathologique de l'herpès tonsurant et circiné chronique. — M. Gruby a le premier décrit un cryptogame propre à l'herpès tonsurant (2). M. Malmsten ayant confirmé cette découverte, a nommé le nouveau végétal *trichophyton* ou *trichomyces tonsurans*. Il appartient à la tribu des torulacés. Il naît dans la racine des cheveux. Les spores, rondes ou ovales, transparentes, de $0^m,007$ à $0^m,008$, sont disposées en chapelets. Ces filaments moniliformes écartent les fibres et font irruption dans le conduit pilifère. Ils entourent alors le tube du cheveu, qui devient gris, opaque, épais, fragile, et se brise par la plus légère traction.

M. Lebert paraît avoir observé le même cryptogame (3). M. Bazin a constaté sa présence très-distincte autour du cheveu qu'il enveloppe comme une gaîne, ayant l'aspect tomenteux et la couleur de la gelée blanche (4).

M. Baerensprung a représenté ces séries de spores, unies comme les perles d'un collier. Ce parasite, fort différent de celui du favus, paraît, d'après le même observateur et contrairement aux premières opinions émises, naître entre les lames de l'épiderme, de là se porter vers le corps muqueux pour pénétrer entre les fibres du cheveu, qu'il écarte jusqu'à la racine (5).

J'ai vu plusieurs fois celle-ci volumineuse, d'apparence

(1) *Moniteur des Hôpit.*, t. III, p. 768.
(2) *Comptes rendus des séances de l'Acad. des Sciences de Paris*, 1844, t. XVIII, p. 583.
(3) *Physiologie pathologique*, t. II, p. 481.
(4) *Leçons*, p. 160.
(5) *Gaz. hebdom.*, t. II, 1856, p. 809.

réellement bulbeuse, de même aussi le tube du cheveu raréfié, ayant ses fibres écartées, distinctes, et enlacées dans un mycelium abondant.

M. Bazin a retrouvé le trichophyton dans les ongles des individus atteints d'herpès tonsurant ([1]).

Les recherches récentes de M. Reynal sur la dartre tondante du cheval et du bœuf ont conduit à examiner au microscope les poils et les squames des surfaces malades. M. Ch. Robin n'y a point trouvé de cryptogame, mais M. Broca a distingué des petits corps arrondis, qu'il suppose devoir être des spores ([2]). Dans la discussion qui a eu lieu à l'Académie de Médecine, M. Leblanc a soutenu que le trichophyton avait été rencontré à l'extérieur et à l'intérieur du poil ([3]).

Longtemps avant, en 1852, MM. Bazin et Deffis avaient trouvé dans l'herpès tonsurant du cheval un cryptogame, et il leur avait paru que ce cryptogame était différent de celui de l'homme ([4]).

f. — **Diagnostic de l'herpès tonsurant et circiné chronique.** — I. L'*herpès tonsurant* a été confondu par plusieurs auteurs avec le *porrigo decalvans*. La différence est cependant sensible : l'un détruisant les cheveux jusqu'à leur racine, l'autre les brisant en dehors de la peau ; l'un laissant la peau blanche, unie et luisante, l'autre la couvrant de squames et lui donnant une teinte grisâtre.

L'herpès aurait quelque ressemblance avec le favus scutiforme, lorsque les godets de celui-ci ne sont pas encore développés ou qu'ils ont été détachés. Mais bientôt leur apparition dissipe tous les doutes.

Les squames de l'herpès tonsurant peuvent lui faire prendre l'aspect du pityriasis, mais celui-ci n'est pas exactement circonscrit et ne produit pas de tonsure.

([1]) *Leçons*, p. 179.
([2]) *Mémoires de l'Acad. de Méd.*, t. XXII, p. 410.
([3]) *Bullet. de l'Acad. de Méd.*, t. XXIII, p. 288.
([4]) *Recherches sur la nature et le traitement des teignes*. Paris, 1853, p. 40.

Il n'est guère possible de confondre l'herpès tonsurant avec l'eczéma du cuir chevelu, à cause de l'épaisseur et de la couleur des croûtes et du suintement propre à ce dernier.

L'impétigo forme des croûtes brunes et sèches qui s'attachent aux cheveux, mais ne les rompent pas. Il est donc facile de le distinguer de l'herpès tonsurant.

II. L'*herpès circiné chronique* ressemble au *lichen circumscriptus* par son siége, par sa forme, mais il ne produit pas un prurit aussi vif, et il se couvre de squames qu'on ne voit pas dans celui-ci, dont les papules sont toujours très-prononcées.

Il ne saurait être confondu avec le *psoriasis circiné,* à cause de l'aspect des squames, ni avec la *syphilide circinée* dont la teinte cuivrée, les antécédents spécifiques et la guérison par les mercuriaux le distinguent assez facilement.

Ainsi que je l'ai dit ailleurs [1], il importe de ne pas confondre, comme on est porté à le faire, l'*herpès circiné aigu* avec l'herpès circiné chronique.

1° Le premier guérit invariablement et spontanément du deuxième au quatrième septenaire; le second persiste plusieurs mois.

2° Le premier s'élargit rapidement, formant des cercles quelquefois très-étendus, envahissant de larges surfaces, tandis que le centre reprend l'aspect normal de la peau. L'herpès circiné chronique ne marche que très-lentement, et le centre reste rouge violacé.

3° L'aigu offre des vésicules, quelquefois très-distinctes; le chronique n'en présente pas, ou elles sont éphémères et à peine visibles.

4° La surface du premier ne présente que peu de squames; celle du second en est recouverte, surtout au bout de quelques mois de durée.

5° L'herpès chronique attaque le système pileux dans les points qu'il occupe. L'aigu, dans les mêmes lieux, ne lui porte aucun dommage. Un exemple de cette différence très-notable

[1] T. IV, p. 689.

est rapporté par M. Van Gaver : c'est celui d'un herpès aigu observé dans le service de M. Gendrin ; il offrait un cercle de belles vésicules commençant à l'angle d'un œil, s'étendant sur le nez, la mâchoire inférieure, le cou, pour remonter derrière l'apophyse mastoïde, vers le crâne, et circonscrire la fosse temporale. La peau était saine au milieu de cet espace; les cheveux, la barbe, restèrent intacts. Cet herpès ne dura que quinze jours [1]. Évidemment, il n'était point parasitaire, et les lotions de sublimé qu'on employa n'eussent certainement pas autant abrégé sa durée s'il eût été l'effet d'un cryptogame. On sait, en effet, combien dans l'herpès chronique, tonsurant ou circiné, le parasite résiste aux agents qui ont pour but de le détruire.

6° Enfin, l'herpès chronique est contagieux, tandis que l'herpès aigu ne l'est point. J'observe presque tous les ans, depuis plus de trente ans, dans une maison d'éducation composée de trois à quatre cents enfants ou jeunes gens, quatre ou cinq cas d'herpès circiné aigu qui se manifestent ordinairement vers le mois de février ou de mars. On n'a pas remarqué que ce soit sur des élèves plus particulièrement en rapport de classes ou de dortoirs. Ces exanthèmes naissent spontanément, et ils disparaissent de même au bout de trois à quatre semaines, et jamais ils ne se sont propagés. S'ils eussent été contagieux, avec le défaut absolu de précaution que l'on prend à l'égard de cette légère maladie qui ne cause aucune défiance, un très-grand nombre d'élèves auraient présenté les mêmes effets; alors l'attention eût été bientôt éveillée.

Il résulte des faits et des considérations qui précèdent, que l'herpès circiné chronique ne saurait être assimilé à l'herpès aigu, et qu'il s'en distingue évidemment par sa marche, par son aspect, par sa nature et par son étiologie.

g. — Prognostic de l'herpès tonsurant et circiné chronique. — Cette maladie est longue et opiniâtre. Cependant, elle peut

[1] *Réflexions sur l'herpès tonsurant.* Thèses de Paris, 1857, n° 158, p. 22.

guérir spontanément, mais ce résultat est exceptionnel. Elle n'amène que rarement une alopécie persistante. Néanmoins, elle a eu cette conséquence au rapport de M. Malmsten.

L'herpès tonsurant est plus rebelle que le favus. On a vu, lorsque ces deux maladies coexistaient, celle-ci céder la première ([1]); mais le favus négligé serait avec raison considéré comme plus grave, comme plus compromettant pour la santé générale, que l'herpès tonsurant, qui ne paraît avoir aucune influence fâcheuse sur l'organisme.

b. — Traitement de l'herpès tonsurant et circiné chronique. — La certitude de la présence d'un cryptogame dans la propre substance du cheveu, doit rendre l'*épilation* aussi nécessaire pour l'herpès tonsurant que pour les autres maladies phytoparasitaires. Il est en outre essentiel de procéder le plus tôt possible à cette opération, car plus l'affection fait des progrès et plus l'épilation devient difficile. Les tronçons de cheveux sont saisis avec peine et ils se brisent entre les mors de la pince. C'est là le motif de la lenteur avec laquelle guérit la teigne tondante.

On favorise beaucoup l'épilation par l'emploi de l'huile de cade, par les lotions savonneuses, qui enlèvent les squames et qui permettent d'apercevoir les fragments de cheveux. Pour mieux les saisir, on doit se servir de pinces à mors très-plats.

En même temps on emploie les solutions et les pommades parasiticides déjà indiquées. Les médecins vétérinaires ont reconnu l'utilité des topiques mercuriels chez le cheval, tandis que ces moyens seraient toxiques chez les ruminants ([2]).

M. Baerensprung a conseillé avec succès l'emploi de compresses trempées dans la solution de Fowler. Il a trouvé que la pommade au bi-chlorure de mercure vaut mieux que la solution de ce sel. M. Cazenave avait recommandé diverses pommades, surtout celle au tannin et celle au sulfure de chaux, ainsi que les lotions alcalines. On a aussi préconisé

([1]) Van Gaver, p. 30.
([2]) Reynal; *l. c.*, p. 412.

l'eau de suie ([1]), la teinture d'iode éthérée ([2]); mais en général ces moyens ne réussissent que quand la maladie est parvenue à une période avancée et qu'elle approche de son terme. Ils seraient nuisibles dans les premiers temps, si l'irritation du cuir chevelu était vive. Les émollients sont alors préférables, comme l'a constaté M. Malherbe.

Longtemps avant l'introduction dans la pratique des procédés nouveaux de traitement, j'ai employé avec succès les moyens suivants : 1° section complète des cheveux à l'aide des ciseaux et du rasoir ; 2° cataplasmes émollients pendant plusieurs jours ; 3° frictions sur le centre et sur les bords des plaques d'herpès humectées, avec le crayon de nitrate d'argent ; 4° bains entiers, quotidiens, dans lesquels était versée la solution de 75 gr. de sulfure de potasse, et de 125 gr. de carbonate de soude.

L'herpès circiné chronique a cédé aux mêmes bains et à l'emploi local du calomel en poudre.

Les moyens généraux et le régime ne doivent pas être négligés ; on donne des boissons délayantes, la tisane de douce-amère et de saponaire, les bouillons d'herbes chicoracées, etc.

Je ne saurais passer sous silence les résultats de l'observation d'un élève d'Abernethy, du docteur Macilwain, qui, longtemps chargé du dispensaire de Finsbury, où cinq mille enfants étaient soignés chaque année, reconnut les inconvénients d'un régime trop excitant et des viandes fortement azotées. Il constata les avantages d'une alimentation légère, des fécules, du lait, des œufs, du pain, donnés dans une juste mesure. Le porrigo scutulata, dit-il, est regardé comme l'une des espèces de teignes les plus opiniâtres, et c'est celle qui a présenté les résultats les plus satisfaisants sous l'influence de ce régime ([3]).

([1]) De La Bouchey; *Bullet. de l'Acad. de Méd.*, t. XXIII, p. 317.

([2]) Van Gaver, p. 37.

([3]) *Clinical Observations on the constitutional origine of the various forms of porrigo commonly known by the names of Scaled-head, tinea, ringworm, etc.* London, 1833, p. 25, 34 et 43.

IV. — SYCOSIS OU MENTAGRE.

Celse s'est servi du mot *sycosis*, d'origine grecque, pour indiquer des ulcérations avec excroissances charnues, comparées à la substance de la figue ([1]), se manifestant sur les parties du corps couvertes de poils. Il les distingue en humides et inégales, nées sous les cheveux, en dures et arrondies, développées dans la barbe ([2]). Galien a connu cette dernière forme pathologique, et ses traducteurs l'ont intitulée *ficosæ menti papulæ* ([3]).

Pline l'ancien, presque contemporain de Celse, rapporte qu'une maladie inconnue aux anciens venait de se répandre en Italie, dans les Gaules, en Espagne. Les Latins l'appelaient *mentagra*, parce qu'elle commençait au menton. Elle s'étendait à toute la face, au cou, au creux de l'estomac, sur les mains; elle se communiquait par le contact des visages; un chevalier romain l'avait apportée d'Asie. Elle n'était contagieuse que pour les hommes de la classe aisée. Des médecins venus d'Égypte la guérissaient par le moyen des caustiques. Elle était un objet d'horreur et un vrai tourment pour ceux qu'elle atteignait. Un certain Manilius Cornutus, député de la province d'Aquitaine, offrit vingt millions de sesterces pour en être débarrassé ([4]). La *mentagre* était très-répandue dans cette province, puisque Soranus promit d'en guérir plus de deux cents individus ([5]).

Les deux dénominations de *sycosis* et de *mentagre* paraissent donc avoir été données à des affections analogues. Plus tard, elles sont demeurées synonymes; mais la première se retrouve dans les écrits d'Aetius ([6]), de Paul d'Egine ([7]),

([1]) Σῦκον, *figue*.

([2]) *De re medica*, lib. VI, cap. I, art. III, p. 312.

([3]) *De compos. pharm. sec. Locos*, lib. IV, t. III, sect. V, p. 209.

([4]) C. Plinii secundi; *Naturalis historiæ*, lib. XXVI, cap. I. (Édit. de Paris, 1776, t. VIII, p. 468.)

([5]) Marcellus (de Bordeaux); *De medicamentis liber. ad lichen sive mentagram*, cap. XIX. (*Artis Medicæ principes*, Henr. Steph., 1567, t. I, p. 391.)

([6]) Tetrab. II, sermo III. cap. XLIII. (*Artis Med. principes*, Steph., t. II, p. 819.)

([7]) *De re medica*, lib. III, cap. XXII. — *Ibid.*, p. 134.

d'Actuarius ([1]), pour désigner des tumeurs spéciales des paupières.

Lorsque Willan et Bateman tirèrent ce nom de l'oubli où il était resté pendant plusieurs siècles, ils rétablirent la version de Celse et distinguèrent un *sycosis capillitii*, qui paraît n'être que l'impétigo du cuir chevelu et un *sycosis menti*, espèce qui est restée seule en possession du terme générique. C'est effectivement sous le simple titre de *sycosis* que parurent les observations de Marshall Hall ([2]) et les remarques de Plumbe ([3]). Biett employa dans ses leçons, alternativement, les mots *sycosis menti* et *mentagre* ([4]), tandis qu'Alibert appelait le même état morbide *varus mentagre* ([5]), le rapprochant ainsi de l'acné (*varus gutta rosea*), avec lequel il a quelque ressemblance. C'est encore sous le nom de *mentagre* qu'ont été publiées la Thèse de M. Vallée ([6]), les considérations importantes d'Emery ([7]), et plus tard les recherches de M. Bazin ([8]). Le nom de *sycosis* a été adopté par M. Cazenave ([9]) et par M. Chausit ([10]).

Les divers travaux que je signale ont éclairé l'histoire clinique de cette maladie, dont la nature parasitaire a été révélée par les recherches de M. Gruby ([11]).

a. — Causes du sycosis. — 1° Quelques faits ont pu donner à penser que le sycosis résultait parfois d'une disposition héréditaire ([12]).

([1]) *Meth. med.*, lib. II, cap. VII. — *Ibid.*, p. 183.

([2]) *Edinb. Med. and Surgical Journ. Contribution to Diagn. remarks on character and cure of sycosis*, t. XIII, p. 64.

([3]) *Diseases of the skin*, p. 91.

([4]) *Journ. hebdom.*, t. IV, p. 79. — *Revue méd.*, 1830, t. II, p. 347. — Cazenave et Schedel; *Leçons de Biett*, 4e édit., p. 312.

([5]) *Monographie des dermatoses*, p. 374.

([6]) *De la mentagre*. (Thèses de Paris, 1831, n° 243.)

([7]) *Bullet. de Thérap.*, 1843, t. XXV, p. 170.

([8]) *Recherches sur les teignes*, 1853; — et *Leçons de séméiotique cutanée*. (*Gaz. des Hôpit.*, 1853-1854, p. 301.) — *Leçons sur les maladies cutanées parasitaires*, 1858, p. 174.

([9]) *Annales des maladies de la peau*, t. I, p. 325; t. IV, p. 257.

([10]) *Étude clinique sur le sycosis*. (*Gaz. hebdom.*, 1856, p. 412.)

([11]) *Comptes rendus des séances de l'Académie des Sciences de Paris*, 1842, t. XV, p. 512.

([12]) Cazenave; *Annales*, t. I, p. 258, 259.

2° Cette maladie ne se manifeste jamais dans l'enfance. Je ne connais pas d'exemple de sycosis développé avant l'âge de vingt-trois ans. Sur 28 observations, dont 15 ont été recueillies à la clinique, je trouve 7 cas fournis par des individus de vingt-trois à vingt-neuf ans, 11 par des sujets de trente à trente-neuf ans, 7 étaient âgés de quarante à quarante-neuf ans, 1 de cinquante ans, 1 de soixante-cinq et 1 de soixante-neuf. C'est donc de vingt-cinq à cinquante ans que la maladie est le plus fréquente.

3° Les femmes en sont exemptes, ou elles n'y sont exposées qu'après l'âge critique. Émery en a vu huit exemples.

4° Le sycosis affecte généralement les individus robustes, d'un tempérament sanguin, ayant le visage vivement coloré.

5° On dit que cette dermatose se manifeste le plus souvent au printemps et en automne. Il est assez difficile d'en juger, parce que les personnes attaquées ne consultent les médecins que longtemps après la production des premiers phénomènes. C'est dans les mois de janvier et de février que j'ai vu le plus de malades; mais ils étaient déjà atteints depuis un temps plus ou moins long.

6° On a remarqué le sycosis chez des individus qui faisaient un usage trop fréquent des liqueurs spiritueuses, et qui étaient exposés en même temps aux congestions cérébrales (1). Je l'ai vu chez un épileptique qui s'enivrait souvent; mais il peut avoir lieu chez des sujets qui ne font aucun excès de boissons (2). Il paraît quelquefois lié à une irritation des voies digestives et des voies biliaires.

7° On a noté l'influence de diverses professions, de celles surtout qui exposent au rayonnement d'un feu ardent. Ainsi, on a vu le sycosis chez des cuisiniers, des forgerons, des fondeurs en métaux. Un boulanger, atteint de cette maladie, quitte son état, et pendant huit ans il paraît guéri; mais le sycosis revient au bout de ce temps, sans que le sujet ait repris le métier de

(1) Bazin: *Recherches*, p. 108.

(2) Cazenave; *Annales des maladies de la peau*, t. IV, p. 258.

boulanger ([1]). Émery a observé le sycosis chez des perruquiers (12), des palefreniers (4), des cochers (2), des épiciers (4). Je l'ai vu chez des individus qui travaillaient en plein air, comme des terrassiers, des laboureurs, des vignerons, des bergers, des couvreurs, des portefaix, des charretiers, etc. Parmi les 8 femmes qu'Émery a vues affectées de mentagre, 3 cardaient des matelas, 3 filaient du coton, 2 étaient chiffonnières.

8° Du temps de Pline, la mentagre était regardée à Rome comme contagieuse. C'était par le baiser, genre de salutation très en usage alors, que la maladie se communiquait. De nos jours, les malades accusent le rasoir du perruquier. On a cru que cet instrument se chargeait de la matière contagieuse et l'inoculait. Des faits assez nombreux semblent appuyer cette assertion ([2]). M. Cazenave pense que le rasoir peut, par son action mécanique irritante, décider la production de la mentagre ([3]). Émery ne croyait pas du tout à la contagion, ayant essayé quarante fois d'inoculer le pus du sycosis à l'aide de linges et d'instruments ([4]). M. Bazin admet, au contraire, la transmissibilité de cette maladie par le rasoir ([5]). Je ne peux supposer qu'une lame métallique très-polie et à bord très-fin, nécessairement essuyée, et souvent passée sur le polissoir, après qu'elle a servi, puisse se charger de spores ou de tout autre agent de contagion. Je croirais bien plutôt que ce sont les doigts de la main gauche du barbier qui transportent le principe morbifique. Ces doigts, en effet, tendent la peau des lèvres, se promènent sur le visage, et probablement ne sont pas lavés très-exactement après chaque opération. C'est par cette main que le perruquier peut, en la portant à son menton ou à ses

([1]) Cazenave; *Annales*, t. IV, p. 259.

([2]) On cite ceux observés par M. Foville, dans l'Asile d'Aliénés de Rouen. (Rayer; *Maladies de la peau*, t. I, p. 656.) — Deux autres dans le service de M. Bonnet, de Lyon. (*Gaz. méd. de Montpellier*, 1844. — *Journ. des Connaiss. méd.-chir.*, t. XII, p. 71.) — Chausit; 1re Obs. — Etc.

([3]) *Annales*, t. IV, p. 260.

([4]) *Bullet. de Thérap.*, t. XXV, p. 174.

([5]) *Leçons*, p. 182.

lèvres, contracter lui-même le sycosis. Dans la liste dressée par Émery, les individus de cette profession figurent pour un nombre assez considérable.

b. — Symptômes du sycosis. — 1° Il est rare que les malades s'aperçoivent de l'invasion du sycosis. De petits points pustuleux naissent à leur insu dans les parties velues du visage. Mais quelquefois il y a, dans ces parties, de la chaleur, une tension incommode, de la sensibilité, du prurit, et même un picotement douloureux. On a vu coïncider des aphthes dans la bouche, une légère angine, de la fièvre (1).

2° C'est sur la lèvre supérieure ou sur l'inférieure, sur le menton ou dans la région sous-maxillaire que des points pustuleux se forment d'abord. Ils gagnent les parties latérales. On en distingue parfois sur les joues. J'en ai vu sous le lobule de l'oreille et sur les parties latérales du cou. J'en ai également observé à la racine du nez, entre les soucils. Les anciens, comme je l'ai dit en commençant, ont parlé d'un sycosis des paupières, *ficosæ palpebræ :* c'est la *tinea tarsi* de M. Startin, qui en a donné un exemple (2). Mais le siége le plus ordinaire du sycosis est aux lèvres, au menton et à la région sus-hyoïdienne.

3° On distingue au sycosis plusieurs degrés ou périodes. M. Cazenave et M. Chausit admettent un état pustuleux et un état tuberculeux. M. Bazin reconnaît trois formes : 1° la forme humide ou pustuleuse; 2° la forme sèche ou papulo-squameuse; 3° la forme tuberculeuse ou furonculaire (3). Ces distinctions sont utiles pour donner à la description toute l'exactitude désirable; mais souvent les divers degrés ou formes se rencontrent chez le même individu.

4° La forme pustuleuse est la plus fréquente, surtout dans les commencements de la maladie. Les pustules sont isolées, acuminées, un peu douloureuses, à base rouge et résistante.

(1) Cazenave, *l. c.* — *Annales*, t. III, p. 325.
(2) *Medical Times and Gaz.*, 1854, 28 oct. (*American Journ.*, 1855, january, p. 254.)
(3) *Gaz. des Hôpit.*, 1854, p. 301.

En les examinant avec attention, on voit sortir de leur sommet un poil de barbe. Si on arrache ce poil, on en trouve la partie intra-folliculaire humide, et l'orifice qu'il laisse béant présente une gouttelette d'un fluide séro-purulent.

Quelquefois trois, quatre, cinq pustules sont rapprochées et groupées sur la même base.

Dans quelques cas assez rares, elles sont disposées en cercles, ou même elles naissent sur de petits disques érythémateux.

Les pustules blanchissent à leur sommet, puis deviennent jaunâtres et se couvrent d'une croûte brune, épaisse, enveloppant plusieurs poils. Les croûtes peuvent s'amonceler. On en voit même qui viennent boucher les ouvertures des cavités nasales.

Lorsque les pustules sont volumineuses, elles prennent un aspect furonculeux.

Ces pustules se remplacent successivement ; la durée de chacune d'elles est estimée de quatre à six jours [1].

5° La forme papulo-squameuse, indiquée par M. Bazin, consiste en de petites saillies dures, isolées ou confluentes, lisses à leur surface ou recouvertes de squames. Ces papules ne sont ordinairement que le premier degré de la forme tuberculeuse ou tubéreuse, laquelle peut succéder à la période pustuleuse.

6° Les tubercules ou tubérosités sycosiques se développent aussi primitivement. Ce sont des éminences sèches, raboteuses, rouges ou sans changement de couleur à leur base, comme enchâssées dans le tissu de la peau, et faisant à sa surface un relief très-marqué et inégal. Elles sont aplaties, lenticulaires ou arrondies, conoïdes, et parfois pisiformes. Elles peuvent se couvrir de croûtes épaisses qui cachent des ulcérations superficielles.

Quelquefois on rencontre dans les mêmes points des pustules et des tubercules.

[1] Chausit, *l. c.*, p. 412.

7° Le tissu cellulaire intermédiaire aux pustules et aux nodosités tuberculeuses, est épaissi, souvent induré ; la peau de ces parties est rouge, ou violacée et comme érythémateuse. Le visage est sensiblement déformé. Quand les croûtes sont épaisses et anciennes, elles exhalent une odeur fétide.

8° J'ai mentionné la présence d'un poil au centre des pustules. Cette remarque fut faite pour la première fois par Marshall Hall [1]. Lorsque les pustules et les tubercules sont rapprochés, il est difficile de juger de leurs rapports avec les poils. Ceux-ci ne se brisent point à la manière des cheveux dans l'herpès tonsurant ; mais ils tombent en entier et laissent des places dégarnies. Quand les follicules sont atteints d'inflammation ou d'abcès, les poils se détachent très-aisément [2].

c. — Marche et terminaison du sycosis. — M. Chausit a distingué un sycosis aigu et un sycosis chronique. Cette maladie est toujours chronique, car sa durée est de plusieurs mois [3] et souvent de plusieurs années. Elle peut pendant son cours présenter une réaction inflammatoire, de la rougeur, de la chaleur, de la tension dans les parties affectées. Il peut même y avoir de la fièvre. Le sycosis n'en reste pas moins dans la catégorie des maladies chroniques.

Il est reconnu par les observateurs que cette affection cutanée, comme beaucoup d'autres, a des temps d'arrêt, qu'ensuite elle reprend une nouvelle activité et qu'elle se développe par poussées.

La guérison du sycosis peut être spontanée après la chute des croûtes et des poils qu'elles ont entraînés.

Cette maladie est sujette à récidive. Quelques individus qui me semblaient parfaitement guéris sont revenus à l'hôpital l'année suivante pour le même état morbide.

(1) *Edinb. med. and Surg. Journ.*, t. XIII, p. 65.

(2) Chausit, 9e Obs., p. 414.

(3) Chez un malade de M. Cazenave, le sycosis ne dura que deux mois. Cette rapidité est exceptionnelle. Dans les cas aigus rapportés par M. Chausit, la maladie durait depuis cinq et huit mois.

d. — **Anatomie et microscopie pathologiques du sycosis.** — Dans les circonstances où l'on a pu examiner la peau des lèvres ou du menton chez les individus atteints de sycosis, on a constaté que le siége de cette affection est dans les follicules pileux et dans les conduits pilifères, qui sont enflammés, épaissis, indurés; ils contiennent du pus ou sont solides et volumineux, selon la forme spéciale de l'éruption. Le bulbe du poil paraît altéré (1).

Lorsque M. Gruby annonça qu'un cryptogame existait autour de la racine des poils, il le nomma *microsporon mentagrophytes*. Cette espèce fut admise en 1853 par M. Bazin, qui, l'année suivante, vit aussi sur les mêmes pièces des spores de trichophyton-tonsurant. En 1858, il ne rencontre plus le premier et ne trouve que le dernier. Dès lors, il proclame l'identité de l'herpès tonsurant, de l'herpès circiné et de la mentagre. C'est la thèse qu'a soutenue M. Cramoisy (2).

Je ne saurais avoir une opinion sur les différences ou sur l'identité de ces parasites microscopiques. On ne doit pas, ce me semble, se montrer affirmatif lorsque des hommes très-compétents se trouvent en si grand désaccord. Mais, au point de vue clinique, on peut assurer qu'il existe une dissemblance évidente entre l'herpès tonsurant et le sycosis : 1° celui-ci ne présente que par exception la forme circulaire qui fait le caractère essentiel de celui-là; 2° l'un est légèrement vésiculeux, et n'offre que momentanément de petites pustules, l'autre se compose de pustules très-développées; 3° ce dernier est en outre caractérisé par des papules, des saillies, des tubérosités, qui se montrent dès les premiers temps, et que l'on ne trouve à aucune période de l'herpès tonsurant, pas même après un an de progrès; 4° l'un détermine la brisure des cheveux, l'autre la chute et non la rupture des poils; 5° l'un a une marche continue, l'autre un accroissement par saccades

(1) Baudelocque; *Revue méd.*, 1831, t. IV, p. 30.

(2) *Du trichophyton, des affections qu'il détermine sur l'homme et les animaux, ou Recherches et Observations sur l'herpès circinné, l'herpès tonsurant, la mentagre, etc.* Paris, 1856, p. 30.

ou par poussées; 6° l'un est fréquent dans l'enfance, l'autre ne s'observe que chez les adultes; 7° l'un ne cède que fort lentement, soit aux moyens anciennement employés, soit même à l'épilation, l'autre guérit par ce dernier procédé avec une merveilleuse promptitude; 8° enfin, on ne voit pas les enfants atteints d'herpès donner à leurs parents le sycosis, ni celui-ci passer, sous la forme d'herpès, de la barbe du père sur le cuir chevelu des enfants, à la manière des herpès tonsurant et circiné chronique, dont la transformation de l'un en l'autre est si commune. Le sycosis et l'herpès tonsurant ne sont donc pas des maladies identiques, et je ne pense pas que l'on puisse les regarder comme de simples degrés ou comme des périodes différentes d'un même état morbide.

e. — **Diagnostic et prognostic du sycosis.** — Le parallèle que je viens d'établir appartient en réalité au diagnostic. D'autres analogies remarquables méritent un instant d'examen. C'est surtout avec l'*impétigo* que le sycosis pourrait être confondu; mais le premier se manifeste plutôt chez les jeunes sujets; il produit des croûtes, qui sont jaunes et molles avant d'être brunes et sèches; il ne produit point de tubercules, et les pustules qu'il fait naître sont petites et superficielles; enfin, il ne porte aucune atteinte aux poils. Lorsque l'impétigo et le sycosis coexistent, on juge très-facilement par ces caractères où l'un finit et où l'autre commence [1].

Le sycosis diffère du *lichen,* dont les papules sont d'une moindre dimension et d'un tout autre aspect; de l'*ecthyma,* dont au contraire les pustules sont plus larges, isolées, disséminées, et fournissent une matière purulente plus copieuse.

La syphilis, les scrofules, produisent aussi sur les lèvres et sur le menton des pustules dont les caractères seront indiqués ailleurs.

f. — **Prognostic du sycosis.** — Le sycosis, qui fit jadis le tourment des Romains les plus opulents, qui de nos jours passait

[1] Obs. V, VI, IX, du Mémoire de M. Chausit, p. 452 et 511.

pour une maladie dégoûtante et des plus tenaces, n'est plus qu'une affection légère et facilement curable. Quoique négligée et ancienne, elle n'altère pas l'ensemble de l'organisme.

g. — **Traitement du sycosis.** — 1° Lorsque les pustules du sycosis ont leur base enflammée et que les tissus voisins sont engorgés, les premiers moyens à employer doivent être pris dans la classe des émollients. Ainsi, on applique des cataplasmes de riz ou de semoule, après avoir coupé complétement la barbe. On prescrit des bains simples, des tisanes délayantes, un régime sévère, duquel le vin doit être exclu. J'ai fait saigner les sujets pléthoriques.

2° On peut donner des boissons amères et dépuratives, comme celles de saponaire, de douce-amère, édulcorées avec les sirops de fumeterre, de pensée sauvage, etc.; en même temps on se sert de lotions alcalines, de bains de vapeurs ([1]), et on administre quelques légers purgatifs.

3° On a préconisé diverses solutions ou pommades qui ont été employées avec des résultats variés, telles que la solution d'iode, celle de sulfate de zinc et de cuivre ([2]), les pommades avec le sulfure jaune de mercure, avec l'iodure de soufre, etc. La pommade à l'iodure de chlorure-mercureux du Dr Rochard a été employée avec succès à l'hopital Beaujon, par M. Robert ([3]).

4° Les épispastiques ont été tentés depuis l'époque où la mentagre exerçait ses ravages parmi les anciens romains. Les cantharides sont au nombre des remèdes locaux que recommandait Marcellus. Paré a guéri une affection herpétique de la face par l'application d'un vésicatoire. Cette méthode a obtenu entre les mains de M. Musset, de Sainte-Terre (Gironde), un heureux résultat; le vésicatoire, trois fois renouvelé, a triomphé d'un sycosis rebelle ([4]).

([1]) Cazenave; *Annales*, t. III, p. 325.
([2]) Richard, de Soissons; *Revue méd.*, 1854, t. II, p. 211.
([3]) *Monit. des Hôpit.*, t. VI, 1858, p. 481.
([4]) *Union méd.*, 1851, p. 344; — et *Revue méd.-chir.*, t. XVI, p. 101.

5° La solution d'azotate d'argent a été employée avec succès par Broussonnet, qui en outre fit comprimer les tubercules les plus saillants avec une plaque de plomb entourée de linge [1].

6° Le crayon d'azotate d'argent, taillé en pointe, a été introduit au centre des pustules. J'ai souvent prescrit ce moyen avec plus ou moins d'avantage. Je faisais saupoudrer avec du calomel tous les points cautérisés. En même temps, le malade prenait des bains sulfureux.

7° Les divers moyens que je viens de rappeler ont compté des réussites, mais aussi des insuccès. Aucun d'eux n'a empêché de considérer la mentagre comme une maladie difficile à guérir. J'ai soigné par ces diverses méthodes des malades qui n'ont été débarrassés qu'après un temps très-long. Il n'en a pas été de même lorsque j'ai prescrit l'épilation. Je l'ai fait exécuter depuis quatre ans plusieurs fois avec les résultats les plus décisifs [2]. Je ne discute pas sur le mode d'action de ce moyen ; je n'explique pas si c'est en enlevant les spores logés dans les conduits pilifères, ni si c'est en ôtant le poil devenu corps étranger dans son follicule enflammé, que l'épilation réussit. Je constate seulement qu'elle guérit très-rapidement le sycosis. L'idée de ce moyen n'était pas nouvelle : Marshall Hall l'avait conçue et même l'avait mise à exécution; mais l'honneur d'avoir fait entrer cette méthode dans le domaine de la science et dans la pratique de l'art appartient à M. le Dr Bazin. L'épilation réussit aussi bien dans le sycosis tuberculeux que dans celui qui n'est que pustuleux. On fait agir concurremment l'huile de cade et la solution de sublimé corrosif, comme pour le traitement du favus.

V. — CHLOASMA OU PITYRIASIS VERSICOLOR.

J.-P. Frank a donné le nom de *chloasma* [3] à des taches jaunes, verdâtres, pâles ou passant au brun, occupant la face

[1] *Gaz. méd. de Montpellier*, déc. 1850. — *Annales des malad. de la peau*, t. III, p. 107.

[2] Mon fils a employé le même moyen dans son service de clinique interne, avec un égal succès. (*Journ. de Méd. de Bordeaux*, 1859, p. 39.)

[3] Κλοαζειν, *verdir*.

ou le tronc, ou les aines, largement étendues, indolentes, unies ou offrant de légères aspérités, ordinairement produites par une cause interne [1].

Willan [2] et Bateman [3] ont appelé *pityriasis versicolor* une affection squameuse de la peau, avec coloration brune ou jaunâtre, se manifestant sur le tronc ou les membres, et se montrant rarement au visage.

En rapprochant ces deux définitions, on s'aperçoit qu'elles appartiennent à la même maladie. Le *chloasma pseudo-porrigineux* de Frank établit parfaitement cette liaison.

L'éphélide a une certaine analogie de coloration avec le chloasma ; mais si Frank a jugé ces affections différentes par leurs causes et par leur siége, une plus grande distance les sépare aujourd'hui, l'une étant attribuée à la lésion du pigment cutané, et l'autre à la présence d'un cryptogame dans le tissu de l'épiderme.

Découvert en 1846 par Eichsted, ce parasite a été décrit et figuré par Sluyter [4], observé par Gustave Simon, et nommé *microsporon furfur* [5]. Il est formé de spores et de filaments placés entre des lames épidermiques, ne pénétrant jamais au delà, mais se répandant sur leur surface externe. Ces filaments, d'après M. Baerensprung [6], sont droits, ils ne se ramifient pas, n'ont point de cloisons intérieures ni de granules. C'est à ce champignon qu'est due la teinte jaune verdâtre ou brune du chloasma.

M. Wilson n'a pas encore reconnu la nature parasitaire de cette maladie [7].

1° Les *causes* du chloasma sont assez obscures. On l'observe

(1) *Epitome de cur. hom. morbis*, lib. IV, ord. I, gen. II, t. IV, p. 89.

(2) *On cutaneous diseases*, t. I, p. 194.

(3) *Synopsis*, p. 46.

(4) *De vegetabilibus organismi anim. parasitis, ac de novo epiphyto in pityriasi versicolore obvio*. Berolini, 1847.

(5) Ch. Robin ; *Histoire naturelle des parasites végétaux*, p. 436. — M. Bazin nomme ce champignon *épidermophyton*. *Leçons*, p. 208.

(6) *Gaz. hebdom.*, 1856, t. III, p. 293.

(7) *Diseases of the skin*, p. 571.

chez les deux sexes et aux divers âges, mais surtout chez les adultes. On l'attribue à des dérangements dans les fonctions digestives [1], à des troubles de la menstruation; il s'est montré chez des sujets qui, dans leur enfance, avaient présenté des indices de la diathèse scrofuleuse. Hilsmann en a recueilli sur lui-même un exemple [2]. Joseph Frank, d'après une observation de son père [3], place le chloasma dans la série des affections consécutives à la syphilis, et explique ainsi comment cette altération cutanée peut devenir contagieuse. Le fait sur lequel Frank appuie cette assertion, présente de l'intérêt à un autre point de vue : c'est que le chloasma fut transmis à une femme avec laquelle le malade avait des rapports. Or, il n'est pas présumable que la syphilis, en admettant son existence antérieure, ait joué ici un rôle quelconque. La contagion se conçoit, au contraire, fort aisément par le rapprochement des surfaces couvertes des spores du *microsporon furfur*.

2° Les *symptômes* du chloasma sont, dans le principe, très-peu marqués. Il n'existe aucune sensation spéciale. La maladie commence par des *taches* assez petites, qui s'étendent graduellement en conservant toujours leurs limites parfaitement dessinées. Elles se montrent sur la partie antérieure de la poitrine, ou du cou, ou de l'abdomen, ou sur le dos, quelquefois à la partie interne des bras, ou aux aines, au scrotum et aux cuisses, rarement à la face [4]. Le chloasma développe est quelquefois le siége d'un *prurit* assez vif, qui incommode les malades, surtout pendant la nuit. Ce prurit augmente par l'usage des aliments excitants, par les émotions morales, aux approches de la menstruation. Les taches s'étendent sans prendre de figure déterminée; elles sont irrégulières et peuvent recouvrir de très-larges surfaces, par exemple toute la

[1] Hilsmann; *De chloasmate*. Griphiæ, 1831, p. 10.

[2] *Ibidem*, p. 58.

[3] *Praxeos*, t. II, p. 339. Le passage de la traduction est plus explicite. (*Pathol. interne*, trad. par Bayle, t. II, p. 235.)

[4] M. Rayer l'a vu au front. (*Maladies de la peau*, t. II, p. 590.) — M. Wilson, au sourcil. (*Diseases of the skin*, p. 571.)

partie antérieure du thorax ou de l'abdomen. Leur *couleur* est ordinairement jaune-verdâtre, feuille morte ou café au lait. La teinte n'est pas la même dans toute leur étendue; de là, la dénomination de *versicolor*. Elles deviennent quelquefois très-brunes. L'épiderme se recouvre de petites *squames* ou lamelles, comme furfuracées ou même pulvérulentes. Quelquefois on ne les distingue que difficilement; on a besoin de la loupe pour les apercevoir; on les voit alors attachées au poil follet de la partie qu'occupe le chloasma.

Chez un sujet venu à l'hôpital pour une autre affection, j'ai fait appliquer sur un des points d'un très-large chloasma du thorax une couche de pommade ammoniacale. L'épiderme s'est détaché, mais après plus de temps qu'il n'en faut ordinairement; il était assez épais. Le corps muqueux offrait une apparence tout à fait normale.

3° Le chloasma est une affection cutanée, souvent opiniâtre et sujette à récidive, mais exempte de danger. Elle incommode quelquefois par les démangeaisons qui l'accompagnent; elle peut être suivie d'eczéma.

4° Parmi les moyens qu'on peut opposer au chloasma, se trouvent en premier lieu les bains sulfureux, que j'ai employés souvent avec succès. M. Wilson recommande l'usage interne de la gentiane et de l'acide nitro-muriatique, et de plus des lotions avec la solution d'un décigramme de bi-chlorure de mercure dans 30 grammes d'émulsion d'amandes amères.

M. Baerensprung a trouvé ce topique efficace, après que l'épiderme avait été rudement frotté avec du savon noir. C'est aussi l'agent que préfère M. le Dr Bazin.

IIe SOUS-DIVISION.

MALADIES CUTANÉES CHRONIQUES DIATHÉSIQUES.

Les considérations générales qui ont été présentées sur les diathèses ([1]), vont recevoir dans cette sous-division quelques-

([1]) T. II, p. 235.

unes de leurs plus importantes applications. Ces aptitudes occultes, ces dyscrasies si fécondes en influences diverses, font naître sur le tégument extérieur des lésions de natures parfaitement distinctes et réellement spécifiques.

J'ai divisé les diathèses en *polygéniques* et *monogéniques*. Les premières donnent lieu à des manifestations très-variées quant à leurs formes et quant à leur siége. Elles forment cinq ordres d'affections cutanées, subordonnées aux diathèses herpétique, syphilitique, scrofuleuse, cancéreuse et arthritique. Les secondes n'engendrent qu'un seul genre de maladie, comme la pellagre, la plique, l'éléphantiasis des Grecs, etc. De là une distinction qui est non-seulement admissible, mais même nécessaire.

1re SECTION. — MALADIES CUTANÉES CHRONIQUES PAR DIATHÈSES POLYGÉNIQUES.

L'autorité des faits, le témoignage positif de l'observation clinique, avaient obligé Biett à rompre le cadre si respecté de la classification de Willan, pour y faire entrer la famille des *syphilides*. Bientôt on reconnut que la diathèse scrofuleuse exerçant aussi son influence sur la peau, donnait lieu à des affections tout à fait spéciales, auxquelles convenait la dénomination de *scrofulides*. M. Hardy [1] et M. Bazin [2], après avoir établi ce nouveau groupe, s'aperçurent bientôt que les maladies connues des médecins et du vulgaire sous le nom de *dartres*, devaient en former un troisième très-naturel. Le rétablissement de cet ordre pathologique se trouve entièrement conforme aux principes que j'ai moi-même exposés en traitant de la diathèse herpétique ; et pour consacrer le rapprochement et l'étroite connexité des affections qu'il embrasse, je propose de désigner celles-ci sous la dénomination commune d'*herpétides*. Par les mêmes raisons, il conviendra d'appeler *cancrides* les maladies cutanées issues de la diathèse cancé-

[1] *Gaz. des Hôpit*, 1854, p. 238. — *Leçons sur les maladies de la peau*. Paris, 1858.

[2] *Revue médicale*, 1856, t. II, p. 322.

reuse, et *arthritides* celles auxquelles peut donner lieu la diathèse arthritique.

Ces néologismes, qui, je l'espère, me seront pardonnés en faveur de l'idée qu'ils expriment et des notions qu'ils coordonnent, feront saisir du premier coup d'œil des rapports qu'il est si important de connaître, et permettront de distribuer, dans un esprit essentiellement pratique, de grandes séries de maladies dont les divers genres se trouvaient ou confondus ou irrégulièrement disséminés dans le vaste domaine de la dermatologie.

ORDRE Ier. — HERPÉTIDES.

Les maladies cutanées chroniques au développement desquelles préside la diathèse herpétique, ont une étiologie et des caractères communs que j'ai déjà présentés [1], mais qu'il convient de résumer ici :

1° Ces maladies sont souvent héréditaires. Ce n'est pas la forme, ce n'est pas le genre de manifestation, en un mot ce n'est pas l'état local qui se transmet, mais c'est la disposition générale ou constitutionnelle. Ainsi, un père atteint d'eczéma peut avoir des enfants affectés d'impétigo, de lichen, de psoriasis, etc.

2° Il est des sujets prédisposés aux herpétides par un tempérament lymphatique et par une excitabilité spéciale de la peau. Cette prédisposition se manifeste quelquefois dès les premières années de la vie; on la reconnaît à des rougeurs avec démangeaisons, vers quelques points de continuité des muqueuses et de la peau, comme sur le bord des paupières, à l'entrée des cavités nasales, aux commissures des lèvres, à l'anus, à la vulve, au prépuce. Il existe aussi une tendance très-marquée aux exsudations muqueuses, aux suppurations, à la formation des croûtes.

3° Dans les âges suivants, la diathèse herpétique se développe sous l'influence d'une alimentation excitante ou de mau-

(1) T. II, p. 422.

vaise qualité, par l'usage abusif des boissons spiritueuses, par la malpropreté.

4° Les herpétides ne sont pas contagieuses. La séparation des maladies parasitaires, autrefois rattachées aux affections dartreuses, permet aujourd'hui d'établir cette proposition d'une manière absolue.

5° Les herpétides se présentent sous les formes diverses d'érythème, de papules, de squames, de vésicules et de pustules. Le même sujet peut offrir successivement ou simultanément deux ou plusieurs de ces formes morbides.

6° Toutes ces manifestations sont superficielles; elles pénètrent à peine jusqu'au derme, qu'elles laissent à peu près intact; aussi ne voit-on, après leur guérison, que des traces légères, au lieu de cicatrices profondes et difformes.

7° Le prurit est l'un des symptômes les plus ordinaires des herpétides. Il est augmenté par la chaleur ou le froid, par les excitants internes alimentaires ou médicamenteux. Il peut occasionner quelques troubles dans le système nerveux, l'insomnie, l'agitation, et produire quelquefois l'excitation des organes génitaux.

8° Les manifestations herpétiques modifient assez souvent la couleur de la peau; elles s'accompagnent de rougeur; celle-ci est le plus ordinairement vermeille.

9° Elles ont une tendance à se propager, soit en s'élargissant, soit en occupant successivement et à distance divers points ou diverses régions de la surface du corps.

10° Leur marche est toujours lente et continue, mais elle peut offrir des temps d'arrêt et des recrudescences sous l'influence des changements de saisons, de genre de vie, etc.

11° Les herpétides sont susceptibles de guérison, mais toutes peuvent se reproduire. Ces récidives attestent l'opiniâtreté de la diathèse, qui peut se taire, qui peut être réduite à un état latent, mais qui ne s'éteint d'une manière définitive qu'à la longue et rarement.

12° Tant que la diathèse herpétique exerce son influence à l'extérieur, les fonctions nutritives conservent leur activité

normale. Mais, soit que la diathèse herpétique produise ses effets au dedans aussi bien qu'au dehors, soit qu'un état morbide développé à l'intérieur n'en dépende pas, on constate souvent un antagonisme réel entre les affections internes et les manifestations extérieures de la diathèse; le développement, l'extension, l'intensité de celles-ci coïncidant avec la guérison de celles-là; la diminution et la disparition des herpétides ranimant ou provoquant des lésions plus ou moins graves dans les muqueuses ou dans les viscères.

Il suit de cette considération, qu'une grande prudence doit présider au traitement des herpétides, et que c'est moins leur cessation rapide qui est à désirer que l'extinction graduelle de la diathèse qui les entretenait.

L'expérience a, d'autre part, suffisamment appris que les moyens directs ou locaux, soit antiphlogistiques, soit astringents, réussissent mal contre les herpétides, et que les moyens généraux possèdent une plus grande efficacité. Je dois sommairement rappeler que les agents de l'art les plus avantageux dans cette catégorie pathologique sont :

En première ligne, le *soufre*, administré à l'intérieur (soufre sublimé) ou en combinaison avec l'antimoine (soufre doré); ou à l'extérieur, à l'état de sulfure de sodium, de potassium ou de calcium étendu dans une grande quantité d'eau, et formant la base des bains, douches, lotions, fumigations, d'un emploi si fréquent et si utile dans ce genre de traitement.

L'*arsenic* à l'état d'oxyde, ou à celui d'arséniate de soude, ou de potasse, ayant une action puissante dans quelques-uns des genres.

Viennent ensuite les carbonates alcalins, soit à l'intérieur, soit en bains, quelques préparations mercurielles, les extraits et les décoctions de plantes amères et toniques (fumeterre menianthe, saponaire, douce amère, bardane, patience, pensée sauvage, etc.).

Parmi les moyens locaux, on devra compter le sous-nitrate de bismuth, l'oxyde de zinc, le calomel, l'huile de cade, le goudron, la glycérine.

Il y a lieu de ne jamais négliger le concours des moyens hygiéniques.

Enfin, si des réactions sont nécessaires, si les bains chauds et prolongés (Louesche), ou froids et de courte durée (bains de mer), si l'hydrothérapie peuvent en provoquer d'avantageuses, il ne faut pas oublier qu'un état de surexcitation inflammatoire ou nerveuse, maintenu à un certain degré, serait un obstacle au succès de tout traitement.

§ I. — Herpétides érythémato-papuleuses.

I. — ÉRYTHÈME CHRONIQUE.

Cette affection cutanée, qui se caractérise par une rougeur peu vive, mais plus ou moins étendue, se développe souvent sous l'influence de la diathèse herpétique. J'ai rencontré, chez des femmes dont la peau était délicate, de larges taches rouges sur le visage, sur le cou ou sur le thorax, qui coïncidaient avec un eczéma ou qui l'avaient précédé. J'ai observé, chez un homme de trente ans, un érythème de même nature sur la partie antérieure des bras et des avant-bras; les taches étaient d'un rouge pâle, l'épiderme luisant et légèrement ridé. Il n'y avait aucun suintement. Cette affection avait plusieurs fois récidivé.

La persistance de l'érythème chronique produit la dilatation des vaisseaux capillaires et une augmentation sensible de l'épaisseur de la peau. Cette partie peut être le siége d'un léger prurit et d'une tension incommode, mais non douloureuse. Après la guérison, il reste une plus grande vascularité et une sorte de raréfaction du tissu cutané.

Un résultat différent suit le développement d'une autre variété de l'érythème qu'on peut appeler *circiné,* et qui se rapproche de celui que Biett a nommé *érythème excentrique.* Cet exanthème chronique siége ordinairement au visage, aux joues, au nez, au front, quelquefois au cou, aux membres, aux mains. Il se manifeste par des taches rouges, arrondies, de 2 à 3 centimètres de largeur, avec léger relief de la peau,

comme dans l'urticaire ou comme dans l'érythème marginé. Le centre peut conserver l'état normal. Lorsque la résolution s'effectue au bout d'un temps plus au moins long, le derme, au lieu de conserver une saillie, paraît affaissé et aminci.

Cet érythème se voit chez des individus pléthoriques dont la peau est exposée à l'action d'une chaleur vive, chez les femmes dont les règles sont supprimées; il se rattache à la diathèse herpétique; il est précédé et accompagné de prurit, de picotements. Les follicules sébacés s'irritent, leur sécrétion se modifie, le fluide qu'ils fournissent s'épaissit dans leurs orifices et forme de petites croûtes sèches, brunes ou blanches, analogues à celles de l'acné sébacée squameuse. La peau reste rouge et humide. Le calomel en poudre, la glycérine avec l'oxyde de zinc, l'huile de cade, sont d'excellents topiques. Les bains sulfureux doivent concourir au traitement.

Lorsque l'érythème occupe des parties en contact mutuel, il y a souvent une exsudation séreuse d'une odeur nauséabonde. C'est l'*intertrigo chronique*. On l'observe derrière le pavillon de l'oreille chez les femmes âgées qui couvrent leur tête d'enveloppes épaisses. C'est ce qu'on voit encore sous les mamelles volumineuses des femmes très-grasses; aux aines, aux plis des cuisses. L'inflammation peut s'étendre aux parties voisines, à la vulve, ou au scrotum, ou à l'anus, en s'accompagnant d'une vive démangeaison. J'ai vu cette phlegmasie chronique chez de très-jeunes sujets. Elle est plus commune chez les personnes âgées qui ont eu déjà des éruptions herpétiques. Dans l'une et l'autre circonstances, les bains sulfureux produisent d'excellents effets, tandis que les bains simplement émollients ne réussissent pas. On a conseillé le liniment oléo-calcaire, l'huile de cade; mais en général les médicaments liquides ne conviennent pas; les pommades et les onguents sont plus nuisibles qu'utiles. Il vaut mieux interposer très-exactement entre les parties affectées du linge sec et saupoudré d'un mélange d'amidon et d'oxyde de zinc ou de tannate de plomb.

II. — URTICAIRE CHRONIQUE.

Lorsque l'urticaire persiste ou reparaît fréquemment chez le même sujet pendant plusieurs mois ou plusieurs années, elle est appelée *chronique*. Elle est alors entretenue par une cause générale, permanente, par une diathèse. Si d'autres manifestations d'origine herpétique, comme le lichen, l'impétigo, le prurigo [1], l'érythème ou la blépharite chronique, etc., coïncident ou ont précédé [2], il y aura lieu de supposer une identité de nature; et il ne sera pas étonnant que les moyens curatifs propres à combattre avec succès les affections herpétiques soient encore ceux qui paraîtront les plus utiles contre l'urticaire chronique.

Toutefois, cette maladie singulière, et souvent fort opiniâtre, peut aussi dépendre d'un mode particulier de susceptibilité cutanée, ou d'une influence viscérale sympathique ou nerveuse, ou d'un travail congestif se répétant en vertu d'une habitude morbide; elle ne dépend donc ni constamment ni exclusivement de la diathèse herpétique, bien que cette cause doive être considérée comme la plus fréquente.

Heberden fit l'un des premiers remarquer la ténacité et la longue durée de l'urticaire chronique, alternant avec des états de souffrance de la tête et de l'estomac [3]. J.-P. Frank éclaira l'histoire de cette maladie par la publication de plusieurs faits intéressants [4]. Wichmann présenta un parallèle judicieux entre l'urticaire aiguë, *febris urticata,* et l'urticaire chronique [5]. Willan, qui avait établi six variétés d'urticaire, ne chercha point à distinguer l'urticaire chronique de celle qui est aiguë; mais il a relaté avec détail trois observations

(1) Cazenave, Obs. d'un individu ayant offert la gale, l'urticaire, puis le prurigo. (*Gaz. des Hôpit.*, 1851, p. 558.)

(2) Rayer; *Maladies de la peau,* t. I, p. 250.

(3) *Medical Transactions,* 1772, t. II, p. 175.

(4) *Interpretationes clinicæ,* p. 423, 424, 426.

(5) Trad. dans *Med. and Physic. Journ.*, t. X, p. 481.

qui se rapportent à la première (1). Feith a séparé ces deux espèces (2). M. Rayer a consacré la même distinction (3). Alibert admet aussi un *cnidosis aigu* et un *cnidosis chronique*. et il fournit plusieurs faits curieux relatifs à ce dernier (4). Des observations plus ou moins remarquables d'urticaire chronique ont été publiées par MM. Martinet (5), Cazenave (6), Demarquay (7), Nepples (8), Douglas Maclagan (9), Fabvre (10), Giebens (11), Devergie (12).

J'ai recueilli sept observations particulières relatives à la même maladie.

Ire Observation. — J. L..., tailleur, âgé de vingt-six ans, était sujet depuis quatre ans à présenter deux ou trois fois par an tous les symptômes de la fièvre ortiée. La face se tuméfiait considérablement; les membres et le thorax se couvraient en même temps de papules caractéristiques, pâles, larges et très-prurigineuses. Le malade était obligé d'interrompre son travail. Les divers moyens internes que je conseillai ne prévinrent pas les retours de l'exanthème, et cet individu prit le parti de rentrer dans son pays. J'ai appris depuis que le séjour de la campagne avait graduellement éloigné, puis prévenu les retours de l'urticaire.

IIe Obs. — Je fus appelé, en mars 1836, à Créon, auprès d'une dame âgée de vingt-huit ans, veuve et remariée, ayant eu trois enfants, atteinte depuis quatorze mois d'une urticaire dont elle avait éprouvé quatre attaques violentes. Ces attaques offraient pour coïncidence une dyspnée très-forte, une menace de suffocation, exigeant l'emploi immé-

(1) *On cutaneous diseases*, t. I, p. 412. *Urticaria febrilis*; 2e, p. 417, *urticaria evanida*; 3e, p. 424, *urticaria subcutanea*.

(2) *De urticaria*. Groningæ, 1811, p. 28.

(3) *Maladies de la peau*, t. I, p. 248.

(4) *Monographie des dermatoses*, p. 77.

(5) Clinique de Récamier. (*Revue méd.*, 1824, t. II, p. 4.)

(6) *Biblioth. méd.*, 1827, t. IV, p. 62.

(7) *Gaz. des Hôpit.*, 1842, p. 165. La 2e Observation est la reproduction de la précédente.

(8) *Journ. de Méd. de Lyon*, 1844. (*Expérience*, t. XIV, p. 261.)

(9) *Medico-chir. Soc. of Edinb.* — *Monthly Journ. of med. Sciences*, 1846, aug. — *Americ. Journal of med. Sciences*, 1848, jan., p. 233.

(10) *Union médicale*, 1851, p. 99.

(11) *Annales de la Soc. d'Anvers*. (*Revue méd.-chir.*, t. XVI, p. 224.)

(12) *Maladies de la peau*, p. 222 et 223. M. Devergie reconnaît que la distinction la plus importante est celle qui repose sur l'état aigu ou chronique de l'affection. (P. 219.)

diat de la saignée et des révulsifs. La face et surtout les paupières se couvraient d'éminences papuleuses, rouges, tendues, déterminant une très-forte démangeaison. Les conjonctives étaient injectées. En même temps, le pouls était peu fréquent et les voies digestives ne présentaient rien d'anormal. La malade, de petite taille, d'un tempérament nerveux, avait eu dans son enfance des éruptions cutanées qui me firent supposer une disposition herpétique. Je conseillai, en conséquence, l'usage longtemps suivi des bains sulfureux, de la tisane de douce-amère et des pilules avec le calomel et le soufre doré d'antimoine. Au bout d'un mois, je fus informé qu'une stomatite s'était produite et qu'une salivation abondante avait eu lieu. Les pilules furent cessées, mais les bains continués, et l'urticaire ne fit pas de nouvelles apparitions.

IIIe Obs. — Marie P..., domestique, âgée de quarante-six ans, de Bergerac, est entrée dans mon service, à l'hôpital Saint-André, le 27 mai 1859. Elle est bien constituée et n'est pas réglée depuis un an. Elle fait remonter la première origine de sa maladie à l'âge de vingt ans. Alors elle travaillait au rouissage du chanvre dans la rivière. Ses jambes et ses bras plongeaient sans cesse dans l'eau. Elle eut une éruption prurigineuse qui se répéta régulièrement depuis ce temps, en ne laissant que quelques mois d'intervalle. Il y avait quatre jours que la même éruption se montrait de nouveau. La peau du visage, des avant-bras et des membres inférieurs était couverte de plaques rouges, saillantes, plus ou moins agglomérées, faisant éprouver une démangeaison extrêmement vive, surtout quand la malade sortait du lit. Anorexie, soif, langue normale, épigastre indolore, constipation; toux légère; pouls plein, non fréquent. Une saignée du bras fut pratiquée; le sang produisit un caillot mou, non couenneux; le sérum était abondant. Le cinquième jour à dater de l'entrée de la malade, et le neuvième depuis l'invasion de l'exanthème, celui-ci avait disparu. Cette femme voulut sortir.

IVe Obs. — Très-peu de jours après, le 4 juin 1859, venait se placer à la clinique interne une autre personne présentant un état morbide analogue. C'était la nommée Jeanne B..., native de Castres (Gironde), âgée de dix-neuf ans, domestique, d'un tempérament lymphatico-sanguin, irrégulièrement menstruée. Elle avait été atteinte l'année précédente d'aménorrhée et de chlorose. A l'époque où les menstrues reparurent, c'est-à-dire six mois avant son admission à l'hôpital, cette fille eut sur toute l'étendue de la peau une éruption qui ne tarda pas à disparaître, pour revenir bientôt après. Ces alternatives durèrent pendant deux mois. En même temps survinrent des nausées, des vomissements, des palpitations de cœur à la moindre fatigue, et des vertiges.

sion ou la reproduction de cette maladie. La chaleur des rayons du soleil avait cet effet chez un enfant dont Monsey communiqua l'observation à Heberden; cet individu ne pouvait sortir pendant le jour et lorsque le temps était beau, sans être repris d'urticaire. Le froid a eu plus souvent des conséquences analogues. J.-P. Frank a vu plus de cas d'urticaire en Lithuanie et en Russie, qu'en Italie. C'est à son arrivée à Vilna, en 1804, qu'il en fut affecté, et ensuite à Saint-Pétersbourg. Il ne fut soulagé que quatre ans après, lors de son retour à Vienne et dans son pays ([1]). Une jeune femme qui avait accompagné sa famille en Russie, fut également atteinte d'urticaire. Plus tard, elle en était reprise lorsqu'elle s'exposait à un air froid.

Willan parle d'une personne si impressionnable, que sa peau se couvrait de papules ortiées quand elle sortait par un temps humide ou frais, ou même quand elle changeait de linge et le prenait froid.

Ma IIIe observation est relative à une urticaire extrêmement opiniâtre qui résulta de la fréquente immersion des membres dans l'eau froide.

5° Cette maladie peut être due à l'usage des aliments excitants et à l'abus des liqueurs spiritueuses ([2]).

6° Une commotion physique ([3]), une impression morale vive, comme une surprise, une frayeur, un sentiment d'excessive timidité ou de crainte ([4]), suffisent pour rappeler l'urticaire.

7° Les troubles, les difficultés de la menstruation, l'ont aussi produite. Vogel et J.-P. Frank l'ont vue reparaître pendant sept ans à chaque époque des règles ([5]). Frank a noté la coïncidence de la chlorose et de l'urticaire. Alibert a fait la même observation chez quatre jeunes filles qui étaient sœurs.

([1]) *Interpretationes*, p. 124.

([2]) Obs. de Bondoni (J.-P. Frank, p. 126); — de M. Demarquay, etc.

([3]) Chute de voiture. (J.-P. Frank, p. 124.)

([4]) Alibert; *Monographie*, p. 78.

([5]) *Interpretationes*, p. 122.

8° Jamais il n'avait été question de transmission contagieuse de l'urticaire, avant l'histoire, peu probante d'ailleurs, d'un interne de M. Devergie, qui eut une éruption de cette apparence bornée à ses doigts, pour avoir touché les papules d'un individu qui était affecté de cette maladie. Ce fait, dit M. Devergie, est unique dans la science (1). Je crois qu'il conservera longtemps cette prérogative.

b. — Symptômes et marche de l'urticaire chronique. — 1° L'urticaire chronique se compose de manifestations successives, qui ressemblent chacune, plus ou moins, à une attaque d'urticaire aiguë.

2° L'invasion peut se faire brusquement et sans prodromes, ou être précédée de céphalée, de somnolence, de troubles des fonctions digestives, ou de douleurs dans quelques points, ou d'une sensation de picotement et de démangeaison analogue à la piqûre d'un insecte.

3° L'éruption se manifeste à des heures indéterminées, ou affecte dans ses retours une certaine périodicité, survenant chez les uns pendant le jour, chez les autres le soir ou la nuit (Demarquay, Fabvre, Giebens).

4° L'éruption se montre à la face, au cou, au cercle supérieur, ou affecte surtout les membres inférieurs, ou occupe presque toute la surface du corps.

5° Des saillies papuleuses et prurigineuses, larges, arrondies ou ovalaires, rouges ou blanches, se prononcent en groupes nombreux sur les divers points envahis.

6° L'éruption, malgré son étendue ou son intensité, peut disparaître au bout de quelques heures; c'est ce que Willan a nommé *urticaria evanida;* ou bien l'exanthème persiste pendant plusieurs semaines sans perdre de son intensité; c'est l'*urticaria perstans* (Willan, p. 421.)

7° L'urticaire chronique peut encore prendre une autre forme, l'éruption ne se prononçant qu'à de longs intervalles,

(1) *Maladies de la peau*, p. 223.

mais la peau n'en conservant pas moins une constante sensibilité, des picotements et une irritation pénibles. C'est là ce que Willan appelle *urticaria subcutanea.*

8° La variété nommée *tuberosa* se montre surtout dans l'urticaire chronique. A la face, elle produit des saillies qui en changent l'aspect; les paupières sont extrêmement tuméfiées. Sur les membres, elle forme des nodosités irrégulières, d'un rouge plus ou moins vif; on en a vu sur les genoux, sur les coudes (Cazenave); elles ont quelquefois la grosseur d'un œuf (J.-P. Frank, p. 425.)

9° Lorsque les tubérosités s'affaissent, elles laissent souvent des extravasations sanguines, des taches rouges ou bleuâtres, quelquefois même une sorte de purpura local (Nepple). Alibert parle d'une desquamation furfuracée qu'on voit rarement.

10° Le plus ordinairement, l'urticaire chronique est sans fièvre. Celle-ci peut se prononcer dès les premiers moments de l'éruption, mais elle ne se soutient pas.

11° L'urine a été examinée avec soin par le Dr Douglas Maclagan, chez un malade atteint d'une urticaire qui depuis très-longtemps se reproduisait presque tous les jours. Il y avait une diminution notable de l'urée et de l'acide urique, et une augmentation des sels inorganiques.

12° On a observé comme coïncidences une chaleur et une démangeaison très-vives à l'anus (Willan, p. 413), une rougeur et une tuméfaction douloureuse des gencives, de la langue, des parois buccales et pharyngées.

13° Divers phénomènes nerveux peuvent aussi se manifester, comme des douleurs névralgiques mobiles, une plus ou moins grande débilité musculaire, des coliques, la gastrodynie, une dysurie, etc.

14° Il peut y avoir une sorte d'alternance entre l'urticaire et divers états morbides. Ainsi, pendant le cours d'une bronchite, d'une irritation des voies digestives, l'urticaire disparaît pour reprendre quand les premières se sont dissipées. La variole a de même interrompu l'urticaire (Devergie, p. 224).

15° L'urticaire se reproduit ou s'exaspère par l'usage du

vin, de divers aliments, comme les huîtres, le poisson (Willan, p. 412), par l'impression de l'air froid, par la fatigue.

16° Chaque attaque d'urticaire a une durée variable de quelques heures à plusieurs jours, ou de deux ou trois semaines.

17° Les retours des attaques ont eu lieu à des époques différentes, généralement séparées par des intervalles de quelques semaines ou de plusieurs mois.

18° La durée générale de l'urticaire chronique se compte par années; elle a été quelquefois de dix, vingt et trente ans.

c. — Diagnostic et pronostic de l'urticaire chronique. — L'urticaire chronique a quelques analogies avec les autres affections prurigineuses, surtout avec le lichen, avec le prurigo, avec la gale.

Mais ces affections sont permanentes, et l'urticaire se dissipe presque aussi vite qu'elle se produit. Celle-ci diminue ordinairement par la chaleur du lit; le contraire a lieu pour celles-là. Les vésicules de la gale, les papules petites et distinctes du lichen, brunes et écailleuses du prurigo, ne peuvent laisser le moindre doute. Wichmann dit cependant qu'il fut plusieurs mois dans le doute, ne sachant si le prurit dont la peau était le siége chez un de ses malades provenait de la gale ou d'une urticaire; ce ne fut que l'apparition des grosses papules de cette dernière qui fixa son opinion.

L'urticaire n'a par elle-même aucun danger, mais elle est une cause d'agitation, d'insomnie et de fatigue du système nerveux.

d. — Traitement de l'urticaire chronique. — Tous les praticiens ont reconnu l'extrême résistance qu'oppose l'urticaire chronique aux moyens de l'art. Les saignées, les opiacés, les bains simples, ne calment pas plus les démangeaisons qu'ils n'empêchent le retour des attaques. Willan et Plumbe ont proclamé l'utilité d'un régime très-sévère, de l'usage du lait, du petit-lait, comme moyens de diminuer l'intensité des accès.

Le séjour en hiver dans des lieux tempérés, l'habitation en été du bord de la mer ou de la campagne, ont eu des effets avantageux.

Dans quelques cas, on a cru reconnaître une assez exacte périodicité des attaques pour tenter l'emploi du sulfate de quinine, qui n'a point eu de succès durable.

Dans des circonstances spéciales, les réfrigérants ont été employés d'une manière utile. Telles étaient les irrigations froides sur le col utérin prescrites par Nepples chez une femme de trente-six ans, depuis longtemps tourmentée par une urticaire chronique. Tel encore a été, d'une manière plus puissante, l'emploi du drap mouillé d'eau froide enveloppant tout le corps, chez un sujet dont l'urticaire reparaissait chaque nuit. M. Fabvre obtint la guérison de la maladie en trois semaines, par la répétition de ce procédé pendant toute la durée des accès.

On a eu recours au mercure, au calomel, et Plumbe a prétendu que l'urticaire guérissait sous l'influence de la salivation ([1]). Ma deuxième observation viendrait à l'appui de cette assertion.

Les purgatifs, comme les préparations d'hellébore ([2]), un mélange d'aloès, de jalap, de rhubarbe et d'ipécacuanha ([3]), la tisane royale du codex ([4]), paraissent avoir diminué ou même fait disparaître les attaques.

M. Douglas Maclagan ayant observé l'altération des urines, fut conduit par ce fait à conseiller les diurétiques, et il donna la préférence au colchique. L'urée et l'acide urique augmentèrent d'une quantité notable, et le malade guérit peu à peu ([5]).

Biett, M. Cazenave, Nepples, ont eu recours avec avantage aux préparations arsenicales, c'est-à-dire à la solution de Fowler, à la liqueur de Pearson, aux pilules asiatiques. J.-P.

([1]) *Diseases of the skin*, p. 331.
([2]) Heberden; *Med. Transactions*, t. III, p. 177.
([3]) Horne; *Medical Times*, t. VI, p. 326.
([4]) Devergie; *Maladies de la peau*, p. 226.
([5]) *Monthly Journal of med. Sciences*, 1846, sqq.

Frank s'était servi de l'éthiops antimonial et du camphre, et des tisanes de salsepareille et de douce-amère.

J'ai mis en usage le soufre doré d'antimoine, uni aux extraits dépuratifs et au calomel. J'ai surtout retiré, comme M. Giebens, de très-bons effets de l'emploi soutenu du soufre sublimé.

Enfin, les bains sulfureux sont d'un très-puissant secours. M. Devergie mentionne aussi l'utilité des bains de Louesche, qui provoquent une très-vive réaction vers la peau.

Ainsi, comme ce résumé le prouve, les moyens qui ont compté le plus de succès dans le traitement de l'urticaire chronique sont ceux qu'on oppose à la diathèse herpétique.

III. — LICHEN CHRONIQUE.

I. Le lichen chronique s'observe plus fréquemment que le lichen aigu, dont il peut être la suite. Pitter le dit plus commun chez les femmes (1), et M. Moore Neligan chez les hommes (2). Il survient quelquefois chez des individus qui ont eu dans leur enfance des achores, des ophthalmies, un impétigo (3), ou qui plus tard ont eu la gale (4). Je l'ai vu succéder à des engelures. L'exposition aux vents secs, à l'ardeur du soleil, les alternatives de froid et de chaud qu'on observe au printemps et en automne, en ont favorisé la production chez les individus nerveux et à peau irritable. Des affections morales vives ont fait naître le lichen.

M. Canuet a observé que cette affection fut très-fréquente à l'hôpital Saint-Louis, peu de temps après la révolution de février 1848 (5).

II. C'est principalement sur le tronc et sur les membres qu'il se manifeste. Je l'ai vu sur le dos des mains et sur les

(1) Jos. Pitter; *De lichene*. Vindobonæ, 1843, p. 17.

(2) *Dublin quarterly Med. Journ.*, 1851, may, p. 336.

(3) Cazenave; *Annales des maladies de la peau*, t. III, p. 90, p. 323.

(4) Pitter, p. 18.

(5) *De l'influence du système nerveux dans les maladies cutanées*. (Thèse, 1855, n° 151, p. 12.)

avant-bras. C'est ordinairement au côté externe des membres qu'il se forme; cependant, je l'ai vu à la partie supérieure et interne de la cuisse, sur le scrotum et aux environs de l'anus. Il est assez rare à la face. Toutefois, dans une de mes observations, il avait son siége à la joue. M. Moore Neligan dit qu'il est fréquent au front et qu'il y est causé par la pression du chapeau. Enfin, il peut être répandu sur diverses régions de la peau.

III. Le lichen chronique se présente quelquefois sous la forme de papules pâles, petites, coniques, assez distantes les unes des autres. Plus souvent les papules sont rapprochées en groupes plus ou moins nombreux, qui donnent à la peau une rudesse, une aspérité fort remarquables et un certain épaississement. Les papules peuvent aussi former des plaques. Ces plaques, lorsqu'elles sont arrondies, constituent le *lichen circumscriptus;* si la peau reste saine au centre, le lichen prend une forme annulaire ou *circinée;* si les papules sont disposées parallèlement et forment comme une bande sinueuse, c'est le *lichen gyratus*. M. Devergie a donné un bel exemple de cette variété : une sorte de ruban papuleux s'étendait de l'anus à la région dorsale du pied ([1]). Le lichen semble quelquefois fixé à la base des poils qu'il embrasse, ses papules sont alors assez régulièrement distribuées; c'est le *lichen pilaris*.

Le lichen chronique change peu la couleur de la peau; mais ses groupes peuvent reposer sur une base rouge, comme dans le *lichen agrius*. Quand sa durée se prolonge pendant plusieurs mois, sa surface, devenue de plus en plus rugueuse, se couvre fréquemment de squames sèches, comme celles du psoriasis.

Ces diverses formes peuvent se trouver chez le même individu : j'ai vu un malade qui avait sur le tronc et les membres un lichen discret, et sur le cou une plaque de lichen circonscrit.

Quel que soit l'aspect de l'éruption, l'un de ses symptômes

([1]) *Gaz. des Hôpit.*, 1844, p. 2.

les plus constants est un prurit très-fatigant, quelquefois avec une chaleur assez forte. Le prurit peut précéder l'éruption; il provoque des frottements qui, souvent réitérés, occasionnent des érosions sur le sommet des papules ou dans leurs intervalles.

Divers états nerveux peuvent se développer chez les individus atteints du lichen : ce sont des céphalées, des troubles de la digestion, des sensations douloureuses.

IV. Le lichen s'accompagne souvent d'autres herpétides. Je l'ai vu occuper la région dorsale du tronc, tandis qu'un érythème chronique existait à la partie antérieure du thorax. Il a souvent coexisté avec l'impétigo (1), avec le prurigo, avec le psoriasis, etc.

Ces coïncidences ne sont pas fortuites; elles dépendent d'une communauté d'origine. Le lichen, que Félix Plater appelait *scabies sicca* (2), est l'une des manifestations les plus évidentes de la diathèse herpétique.

V. M. Cazenave a fait du lichen une simple névrose, une maladie du corps papillaire cutané (3). Mais ici le prurit n'est pas un phénomène isolé; l'excitation nerveuse locale n'est qu'une des circonstances symptomatiques du lichen et du prurigo. D'ailleurs, ces maladies ne le présentent pas seules. Ne s'observe-t-il pas dans l'urticaire, qui pourrait avec non moins de raison passer pour une névrose? L'eczéma ne produit-il pas aussi des démangeaisons extrêmement vives? Le prurit est l'un des attributs les plus généraux des herpétides. Tout en admettant l'intervention du système nerveux cutané, on ne saurait méconnaître la véritable source des phénomènes dont il importe toujours de considérer l'ensemble.

Il faut un peu remarquer l'abus que l'on a fait de l'intervention des papilles. C'est à leur hypertrophie qu'ont été at-

(1) Cazenave; *Gaz. des Hôpit.*, 1851, p. 242. — *Annales des maladies de la peau*, t. III, p. 217.

(2) *Praxeos*, t. II, p. 764.

(3) M. Chausit s'exprime ainsi : « Les papules ne sont que des papilles pathologiques. » (*Traité élémentaire des maladies de la peau, d'après les leçons de M. Cazenave*. Paris, 1853, p. 355.)

tribuées les verrues, qui ne sont le siége d'aucun prurit. Elles ont joué un rôle dans l'éléphantiasis des Arabes, encore dépourvu de toute sensation prurigineuse; et les voici maintenant en cause à l'occasion des papules du lichen et du prurigo.

Je crois ces diverses assertions très-hasardées. Comme le fait observer M. Hardy, le lichen est rare dans les régions où les papilles sont le plus développées et le plus nombreuses, comme à la paume des mains [1]. Les papules ne paraissent pas suivre, dans leur disposition, celle des papilles. Aucune démonstration anatomique n'est venue donner quelque solidité à l'opinion que je combats. J'ai eu, au contraire, l'occasion de m'assurer que le corps papillaire du derme est étranger à l'organisation des papules du lichen.

Obs. — Jeanne F..., âgée de cinquante-neuf ans, native de Noaillan (Gironde), mariée et ayant eu trois enfants, habituée aux travaux des champs, n'étant plus menstruée depuis dix ans, avait eu trois ans auparavant une éruption papuleuse avec prurit très-intense. D'après le récit qu'en donna cette femme à son entrée à l'hôpital en juin 1854, on crut reconnaître les caractères du prurigo. Il y a dix-huit mois il était survenu une angine intense. Trois mois après se développèrent sur les membres supérieurs et sur les membres inférieurs de petites saillies solides, rapprochées en groupes ou plaques. Parmi ces papules, quelques-unes, au dire de la malade, avaient offert de petites vésicules ayant fourni un fluide séreux. Mais depuis deux mois elles avaient disparu.

Lors de l'examen qui fut fait, nous reconnûmes sur les membres supérieurs et sur les membres inférieurs des plaques larges et irrégulières, formées par l'agrégation de papules volumineuses et presque tuberculeuses. Il existait sur le tronc des saillies isolées et petites, et quelques taches de psoriasis guttata. Toutes les papules étaient le siége d'une démangeaison très-vive et permanente. Elles avaient l'aspect du lichen et non celui du prurigo. La malade se plaignait d'un picotement douloureux des yeux; il existait une kératite de l'œil droit. La muqueuse des lèvres, de la langue, des parois buccales, était rouge et parsemée de nombreux points blanchâtres. Cet état se prolongeait dans le pharynx; la déglutition était extrêmement difficile. Pas de douleur épigastrique. Selles normales. (Gargarisme avec le borate de soude; tisane d'orge; infusion de quinquina, 100; bouillon). L'irritation des papules des bras est devenue très-considérable; le frottement en a déchiré une

[1] *Leçons sur les maladies de la peau*, p. 77.

partie. Il se développe quelques jours après des bulles de pemphigus sur le bas des jambes et le dos des pieds. Dans les premiers jours de juillet, il survient une fièvre continue. Les plaques du lichen sont appuyées sur une base rouge, recouvertes de lames squameuses, sèches et blanchâtres; on dirait une association du lichen et du psoriasis.

L'état général de la malade se détériore : toutes les ouvertures tapissées par les muqueuses sont malades; il existe une abondante leucorrhée. La diarrhée est aussi survenue; les opiacés, le diascordium, ne peuvent la modérer. Les membres inférieurs deviennent œdémateux. Le pouls est petit et très-fréquent. La malade succombe, le 30 juillet, dans un état qu'on peut justement qualifier de cachexie herpétique.

A l'examen cadavérique, les papules, volumineuses, ont particulièrement fixé notre attention. Elles ne formaient qu'une altération superficielle, étrangère à la propre substance du derme, qui était intacte. Ces petites tumeurs solides, d'une couleur rouge-grisâtre, naissaient du tissu muqueux et se trouvaient par leur base au niveau du réseau vasculaire sous-épidermique. Aucun prolongement provenant du derme n'y pénétrait directement. Les veines voisines étaient très-développées. Nous constatâmes, dans l'examen des divers organes, une petite quantité de sérosité dans le péricarde, une hypérémie marquée du foie, un ramollissement notable de la rate, une injection très-prononcée des vaisseaux de l'estomac et des intestins. Les parois vésicales étaient épaisses, mais saines. L'utérus était dans un état normal.

Le *lichen pilaris* donnerait encore un argument décisif contre l'idée d'un développement des papilles du derme, celles-ci n'ayant aucun rapport avec l'appareil pilifère.

VI. Le lichen chronique a une marche continue; mais il peut momentanément disparaître s'il survient un exanthème aigu, comme un érysipèle [1], une variole [2]. Il peut alterner avec des attaques de gastralgie ou d'entéralgie. D'autres fois ces affections coïncident.

VII. Le traitement du lichen chronique rentre dans les principes émis à l'égard des herpétides. Les bains sulfureux, les bains alcalins, les bains de vapeur, sont les moyens le plus généralement et le plus utilement employés.

On a mis en usage à l'intérieur l'acide sulfurique à la dose de six ou sept gouttes étendues dans un véhicule abondant.

(1) Cazenave; *Annales des maladies de la peau*, t. III, p. 16.

(2) *Ibid.*, t. III, p. 217.

Cothenius, Helmich (1), Fosbroke (2), ont rapporté des exemples de guérison par ce moyen. M. Cazenave a combattu l'élément nerveux du lichen par l'extrait d'aconit napel (3). Il a aussi essayé l'hydrochlorate de chaux, dissous à la dose de 15 grammes dans 500 grammes d'eau. On en donnait trois cuillerées par jour (4).

On a tenté d'apaiser l'hypéresthésie cutanée par le moyen du chloroforme. M. Moore Neligan a employé la pommade suivante :

Acétate de zinc.........	10 grammes.
Coldcream............	50 —
Chloroforme...........	4 gouttes.

On a aussi prescrit une pommade dans laquelle entrait le cyanure de potassium (5).

M. Spengler a tapissé un lichen agrius d'une couche de collodion, et dit en avoir obtenu la guérison en trois jours (6). Ce résultat me paraît extraordinaire.

J'ai prescrit de passer le nitrate d'argent sur un lichen circumscriptus, et j'ai fait répandre ensuite chaque jour sur les surfaces cautérisées un mélange de glycérine (20 grammes) et d'oxyde de zinc (10 grammes). Il s'est formé une croûte sèche, d'un gris blanchâtre, laquelle s'est détachée, et la surface cutanée avait repris son état normal au bout de plusieurs semaines.

IV. — PRURIGO.

Le prurigo est un exanthème toujours chronique, caractérisé par la coexistence d'un prurit plus ou moins vif et de papules plus ou moins larges, distinctes et disséminées, et portant à leur sommet une petite tache rouge, brune ou noirâtre.

Le prurigo diffère, par cette manifestation de papules, du

(1) *De olei vitrioli usu in quibusdam scabiei speciebus*. Halæ, 1762.
(2) *Edinb. Med. and Surg. Journal*, t. XVIII, p. 239.
(3) *Annales des maladies de la peau*, t. III, p. 16 et 20.
(4) *Gaz. des Hôpit.*, 1851, p. 242.
(5) Hardy; *Leçons*, p. 90.
(6) *New. Med. Ch. Zeit*, 1850. (*Union médicale*, 1851, p. 167.)

prurit nerveux ou essentiel dont il a déjà été question [1]. Il serait peu exact de se servir indistinctement des mots *prurit* et *prurigo*. Je m'aperçois cependant que cette confusion n'est pas toujours évitée, même par les écrivains les plus récents.

Alibert a distingué quatre espèces de prurigo : le *lichenoïde* ou *furfurans*, qui n'est autre chose que le lichen, dont la description vient d'être donnée; le *formicans*, qui forme le type du genre prurigo; le *pédiculaire*, qui est une complication de la phthiriase; et le *prurigo latent*, c'est-à-dire le prurit nerveux ou idiopathique.

Willan et Bateman ont divisé le prurigo en *mitis*, *formicans* et *senilis*. Cette division a été généralement adoptée.

a. — Causes du prurigo. — Alibert paraît avoir constaté l'hérédité de cette maladie [2]. Elle se manifeste, ajoute-t-il, chez les individus à peau blanche et à prédominance lymphatique.

Une de ses variétés semble propre à la vieillesse. Le lichen s'observe aussi chez les enfants. Alibert fait la remarque qu'il survient chez les jeunes sujets quand ils n'ont pas eu la croûte de lait [3], signalant ainsi l'affinité qui existe entre ces maladies. M. Devergie a observé un certain nombre d'individus atteints du prurigo ayant de quinze à vingt-cinq ans, peu de vingt-cinq à trente-cinq; puis, dans une progression croissante, de trente-cinq à soixante-cinq ans [4]. Sur 47 cas que j'ai observés à la clinique interne, il y en a eu 6 chez des individus âgés de onze à vingt ans, 15 de vingt-un à trente ans, 3 de trente-un à quarante ans, 10 de quarante-un à cinquante ans, 7 de cinquante-un à soixante ans, et 6 de soixante-un à soixante-dix ans.

Le nombre des femmes est presque aussi élevé que celui des hommes. Il a été de 22 pour les premières, et de 25 pour

(1) Voyez ci-dessus, p. 269.
(2) *Monographie des dermatoses*, p. 709.
(3) *Ibid.*, p. 710.
(4) *Maladies de la peau*, p. 466.

les derniers. M. Devergie a trouvé une différence plus sensible; son relevé porte 39 hommes et 20 femmes.

On a attribué le prurigo à l'influence d'un air humide non renouvelé. Je l'ai vu effectivement chez des individus venant des Landes, qui couchaient, presque sur le sol, dans des cabanes très-basses et malsaines. D'un autre côté, nous avons aussi reçu une jeune domestique, âgée de dix-huit ans, qui servait chez un boulanger et dont le lit était très-voisin du four.

La malpropreté, le défaut de lavages et de bains, la présence des poux, peuvent contribuer à la production du prurigo.

Plusieurs des femmes que j'ai vues atteintes de prurigo étaient mal réglées, ou même dans un état d'aménorrhée depuis plusieurs mois.

Le prurigo a quelquefois succédé à une maladie aiguë, à l'angine [1]; il a même paru critique. Au rapport de Bowditch, de Boston, il a présenté ce caractère chez une femme enceinte, qui fut débarrassée d'une bronchite intense par l'apparition des papules prurigineuses [2].

On a vu plusieurs fois le prurigo chez des individus qui avaient eu la gale. Peut-être ces maladies coexistaient-elles dans les cas très-rares où l'on a cru le prurigo contagieux [3], ou bien il ne s'agissait que d'une gale papuleuse, car le prurigo ne se transmet point par le contact.

J'ai vu cette herpétide coexister avec plusieurs autres, notamment avec l'impétigo, avec le pemphigus chronique, avec l'ecthyma. M. Moysant l'a vue avec l'eczéma, l'urticaire, le psoriasis [4].

b. — Symptômes du prurigo. — 1° Le phénomène le plus apparent consiste en des papules de 1 à 2 millimètres de lar-

(1) Alibert; *Monographie des dermatoses*, p. 707.

(2) *American Journ.*, 1852, t. I, p. 115.

(3) Exemple rapporté par Andrieu. (*Gaz. méd. de Montpellier*, 1844; — et *Journ. des Connaiss. méd.-chir.*, t. XII, p. 71.) — Un autre fait est cité, sans détails, dans la thèse de M. Baston, 1838, n° 343, p. 22.

(4) *Du prurigo*. Paris, 1858, p. 20.

geur, peu saillantes, discrètes, quelquefois disséminées sur différentes régions, d'autres fois plus ou moins rapprochées dans une partie. Ces papules se distinguent de celles des autres exanthèmes par une petite croûte rouge-brune ou noirâtre, très-adhérente à leur sommet et formée par une gouttelette de sang desséché.

2° Un prurit plus ou moins vif précède souvent et accompagne toujours le développement des papules. Il ressemble d'abord à la piqûre de divers insectes ou à celle de nombreuses aiguilles; il rend irrésistible le besoin de gratter fortement la partie où il siége. Les vêtements, les doigts ne suffisent pas; des corps durs, des brosses, des peignes, sont employés à cet effet. J'ai vu se servir de mains d'ivoire, surmontées d'une longue baguette, pour mieux parcourir tous les points de la partie postérieure du tronc. C'est ce frottement réitéré, opéré par un agent quelconque, qui, écorchant le sommet des papules, en fait sortir une goutte de sang qui se coagule et se dessèche.

3° Le prurit, par son intensité, établit la principale différence entre le *prurigo mitis* et le *prurigo formicans*.

Dans le premier, la démangeaison est assez modérée et elle n'est pas continue. Les papules ne se forment que successivement; toutes ne portent pas de tache sanguine.

Le *prurigo formicans* produit une excitation douloureuse de la peau, un sentiment intolérable d'ardeur, de cuisson et de brûlure. Les vêtements irritent, la moindre chaleur accroît le tourment des malades. Les frottements sur les parties affectées sont aussi rudes que possible; ils ensanglantent non-seulement les papules, mais leurs intervalles, où se voient des égratignures, des taches rouges, brunes ou jaunâtres.

4° Le prurigo peut être répandu sur presque tout le corps; plus souvent il réside sur le dos ou aux lombes. Je l'ai vu tantôt borné au cercle supérieur, tantôt à l'inférieur. Quelquefois il s'empare des membres; il en occupe les régions externes; je l'ai vu aussi au côté interne des bras, des avant-bras et des cuisses. Il se présente rarement sur les doigts; cepen-

dant un homme, âgé de cinquante-huit ans, m'a offert cette localisation. Le prurigo peut affecter l'anus, le scrotum, la vulve, le périnée, et ses phénomènes sont analogues à ceux du prurit nerveux de ces parties, sauf la production des papules.

5° On a décrit comme variété distincte le *prurigo senilis* (1). Hippocrate l'avait signalé. Il survient plus souvent chez les hommes que chez les femmes, chez ceux qui sont maigres, qui ont été hémorrhoïdaires ou goutteux, ou qui ont eu diverses affections herpétiques. Il occupe principalement le tronc; la peau est brune, comme tannée, épaissie, souvent parsemée de taches et d'égratignures, et de croûtes plus ou moins épaisses.

6° Le prurigo ne s'accompagne d'aucune lésion particulière des appareils digestif, respiratoire, circulatoire, sécrétoire.

7° La marche de cette maladie est toujours lente. Elle n'est pas seulement de quelques mois : elle peut être de plusieurs années. Le prurigo sénile est généralement incurable.

c. — **Diagnostic du prurigo.** — Le prurigo peut être confondu avec le lichen, avec la gale, avec l'urticaire.

Très-analogue au premier sous plusieurs rapports, il en diffère par une plus grande largeur des papules, par leur dissémination et surtout par la petite croûte noire de leur sommet.

La gale est vésiculeuse, elle peut aussi être papuleuse; elle a alors quelque ressemblance avec le prurigo, mais l'absence de la petite tache brune, la présence des sillons caractéristiqués, et celle de l'acarus, si l'on peut en faire la recherche, lèvent tous les doutes.

L'urticaire, par sa mobilité, la forme, l'étendue, la couleur des papules qu'elle produit, se distingue au premier coup d'œil du prurigo.

(1) Lehnhoff; *De prurigine senili*. Berolini, 1835.

d. — **Pronostic du prurigo.** — Cet exanthème chronique n'offre par lui-même aucun danger. Mais il provoque dans le système nerveux une excitation très-vive, il entraîne l'insomnie, le délire, une sorte de fureur ; il a même fait naître des idées de suicide. Il peut aussi faire perdre l'appétit, produire la maigreur, et chez le vieillard une sorte de cachexie que dénotent l'œdème des membres, la faiblesse, la petitesse, la fréquence du pouls, une teinte livide de la peau, la diarrhée, etc.

e. — **Traitement du prurigo.** — Les soins hygiéniques qui se rapportent à la propreté, au régime alimentaire, etc., méritent toute l'attention du praticien; car il importe de nettoyer la peau et d'éviter toutes les influences extérieures ou intérieures qui peuvent provoquer ou entretenir en elle un état d'excitation.

Les bains émollients, alcalins, sulfureux, sont des moyens d'un usage très-fréquent. Les préparations arsenicales sont souvent prescrites.

On a eu recours au vin de Colchique avec succès ([1]). M. Béhier a vu la limonade nitrique produire de bons effets ([2]).

Comme topiques, on a employé une pommade dans laquelle entraient le goudron et le laudanum de Rousseau; l'infusion de feuilles de tabac ([3]), l'acide prussique très-étendu, etc.

Dans un cas de prurigo du scrotum, M. Barosh, de Lemberg, a employé une solution iodée avec avantage ([4]).

([1]) Elliotson ; *The med.-chir. Review*, 1827, oct. (*Archives*, t. XVI, p. 290.)

([2]) Thèse, 1837, n° 418, p. 21.

([3]) French ; *London med. Gaz.*, 1845. (*Journ. des Connaiss. méd.-chir.*, t. XIV, p. 34 ; — et *Gaz. méd.*, t. XIV, p. 256.

([4])

Iode	1,75
Iodure de potassium	2,40
Eau distillée	150
Alcool	30

(Schmit's, etc.; *Gaz. des Hôpit.*, 1842, p. 589.)

§ II. — Herpétides squameuses.

Les squames sont des productions épidermiques qu'il faut distinguer des croûtes ou lamelles formées par la concrétion d'un fluide séro-purulent. Les herpétides squameuses ne sont pas des maladies purement épidermiques constituées par des squames. Elles s'accompagnent d'une phlegmasie cutanée superficielle, mais opiniâtre.

Willan avait placé parmi les maladies squameuses, l'*ichthyose,* qui est une affection de l'épiderme déjà décrite; il avait aussi donné un rang distinct à la *lèpre,* qui n'est qu'une forme du *psoriasis*. Il ne reste donc que deux genres : le *pityriasis* et le *psoriasis*.

I. — PITYRIASIS.

Le mot *pityriasis,* dérivé de πιτυρον, *son, farine,* remonte à la plus haute antiquité. Hippocrate a reconnu que les individus sujets aux flatuosités étaient parfois atteints d'éruptions furfuracées de la tête (πιτυροδεσι) [1]. On s'est servi aussi du mot *porrigo* comme synonyme de *furfuratio, furfur;* mais ce terme devenu très-vague, surtout d'après le sens complexe que lui a donné Celse [2], doit aujourd'hui se borner à désigner l'une des maladies parasitaires déjà décrites. Le pityriasis a été nommé en français *dartre farineuse*. Alibert l'a successivement appelée *dartre furfuracée volante* et *herpès furfureux* [3].

Il est mieux de conserver la dénomination dont Willan a fixé le sens. C'est une maladie cutanée très-superficielle, principalement caractérisée par une desquamation de petites lamelles épidermiques, minces et sèches, incessamment détachées d'une surface souvent rouge, et toujours exempte de vésicules ou d'excoriations.

Willan a distingué trois variétés de pityriasis : *celui de la*

[1] *Épidémies,* liv. VI, sect. III, art. V; trad. de Littré, t. V, p. 294.
[2] *De re medica,* lib. VI, cap. II.
[3] *Dermatoses,* p. 349.

tête, le *rouge* et le *versicolor* [1]. Bateman a ajouté le *noir* [2]. Cette division a été adoptée par Biett et par MM. Cazenave, et Schedel [3], et Gibert [4].

M. Devergie a admis un *pityriasis alba, versicolor, nigra, rubra, fugax, perstans, diffusa, circumscripta* [5], et il a étudié isolément le *pityriasis rubra* (dermite chronique) et le *pityriasis nigra*. Il n'admet pas le *pityriasis capitis* comme espèce distincte ; il s'est occupé d'un pityriasis *alba*, qui correspond au *simplex* de M. Gibert, et tout récemment d'un *pityriasis pilaris* [6], variété qui paraît se rapprocher beaucoup du lichen pilaris par son siége et par sa forme ; seulement, elle s'accompagne d'une démangeaison moins vive et se couvre de légères squames, comme du reste cela s'observe souvent dans le lichen ancien.

M. Rayer s'est éloigné de la division de Willan, en séparant du genre pityriasis le versicolor et le nigra, et en les rapportant aux affections pigmentaires, sous les noms de *chloasma* et de *melasma*. Il a ainsi devancé une distinction que les faits ont rendue plus tard nécessaire ; mais si le melasma appartient aux affections pigmentaires, le chloasma se rattache aux maladies phyto-parasitaires.

Il ne doit donc rester que trois variétés se rapportant au siége : celui du crâne, celui de la face, et le pityriasis général.

a. — Causes du pityriasis. — Le pityriasis est quelquefois héréditaire, ou du moins il peut tenir à une influence de ce genre. J'ai été consulté pour trois sœurs, âgées de neuf à quinze ans, atteintes toutes les trois de pityriasis du cuir chevelu.

Il se manifeste parfois dans l'enfance ou la vieillesse : il est

(1) *Cutaneous diseases*, t. I, p. 192.
(2) *Practical synopsis*, p. 49.
(3) *Maladies de la peau*, p. 384.
(4) M. Gibert écrit *pithyriasis*, p. 293. Il admet les espèces *simplex, rubra, versicolor, nigra*.
(5) *Maladies de la peau*, p. 480.
(6) *Gaz. hebdom.*, 1856, p. 197.

fréquent dans la jeunesse. Je l'ai vu souvent de quinze à trente-cinq ans.

Il m'a paru plus commun chez les personnes du sexe féminin que chez les hommes.

On le voit chez les individus de divers tempéraments, soit lymphatique, soit sanguin, soit bilieux ([1]). J'ai vu le pityriasis de la tête affecter souvent des jeunes personnes dont les cheveux étaient très-noirs. Le pityriasis est rare sur les têtes chauves.

Les excitations locales le provoquent, comme celles produites par le peigne, les pommades destinées à teindre les cheveux ([2]).

L'insolation, les changements de température, le printemps, les vives émotions de l'âme, sont des causes de pityriasis.

Il s'est manifesté à la suite des couches, et très-souvent après l'aménorrhée ou l'irrégularité du flux menstruel. Chez six malades j'ai pu constater cet ordre de causes de la manière la plus évidente.

On a vu le pityriasis survenir chez des individus qui avaient été atteints d'affections fébriles, d'exanthèmes, de colique saturnine ([3]), de névralgie faciale ([4]), etc.

b. — Symptômes du pityriasis. — 1° Le pityriasis ne s'annonce point par des prodromes; mais il débute par une excitation plus ou moins vive de la peau, signalée avec soin par Biett ([5]).

On remarque une légère rougeur érythémateuse sans papules; il peut se former quelquefois de petites vésicules. Les taches rouges existent à peine ou disparaissent bientôt dans le *pityriasis simplex*, dans le *pityriasis alba;* elles sont, au contraire, très-prononcées dans le *pityriasis rubra.*

2° La peau est sensible et chaude. Elle est le siége d'une certaine démangeaison, et quand le malade satisfait au besoin

([1]) Devergie, *Mal. de la peau*, p. 488.
([2]) Cazenave; *Gaz. des Hôpit.*, 1850, p. 426.
([3]) Bouvier; *Gaz. des Hôpit.*, 1848, p. 583.
([4]) Cazenave; *Gaz. des Hôpit.*, 1850, p. 426.
([5]) *Journ. hebdom.*, t. VII, p. 460.

de se gratter, il éprouve une cuisson douloureuse. Toutefois, ces phénomènes sont loin d'offrir l'intensité et la constance qu'ils présentent dans les herpétides papuleuses.

3° L'épiderme ne tarde pas à se fendiller, à devenir rugueux, inégal, à se soulever, et il se détache par lamelles de très-petite dimension, qu'on peut comparer à celles du son le plus fin. Elles sont d'autant plus minces, que la peau qui les fournit est plus délicate. Ainsi, celles des parties externes des membres sont plus épaisses et plus larges que celles du côté interne ou de la partie antérieure du tronc, et surtout de la face. Elles ressemblent assez à la desquamation de la rougeole et sont moins larges que celles de la scarlatine. Elles diffèrent beaucoup, par leur petitesse et leur peu d'adhérence, des squames du psoriasis et de la lèpre. Elles se reproduisent avec une abondance extraordinaire. Le collet des habits, chez les hommes qui ont un pityriasis du cuir chevelu, est toujours couvert de ces pellicules, malgré le soin qu'ils prennent de les enlever et de nettoyer leurs cheveux. Les jeunes personnes, qui tiennent tant à avoir une chevelure propre, passent et repassent vainement le peigne, il se détache toujours de nouvelles pellicules. Ces pellicules sont blanches et deviennent très-apparentes au milieu d'une chevelure noire. Elles diffèrent beaucoup des croûtes épaisses, larges et brunes de l'eczéma, et des pellicules foliacées du pemphigus. Elles ne ressemblent nullement à celles de la pellagre, qui sont plus larges et très-adhérentes. Cependant M. Bouvier a donné l'histoire d'un *pityriasis général simulant la pellagre* [1]. Les remarques qui viennent d'être faites et le siége bien connu de l'érythème pellagreux établissent les différences les plus évidentes.

4° La partie affectée est ordinairement sèche [2]. Lorry réunit dans le même chapitre l'aridité de la peau et l'éruption furfuracée [3].

(1) *Gaz. des Hôpit.*, 1848, p. 583.
(2) Devergie, p. 483.
(3) *Ariditas et furfures. De morbis cutaneis*, p. 497.

Le pityriasis est quelquefois circonscrit; il forme des plaques plus ou moins étendues. Je l'ai vu dessiner sur le thorax des bandelettes circulaires, avec conservation de l'état normal au centre des anneaux. Cette disposition était très-marquée chez un jeune garçon âgé de quinze ans. Il y a donc un pityriasis *circiné*. Cette variété offrirait beaucoup de ressemblance avec l'herpès circiné chronique; mais celui-ci, affection parasitaire, est moins étendu, plus exactement circulaire, légèrement vésiculeux et le plus souvent sans interruption centrale.

5° Lorsque le pityriasis s'accompagne d'une vive irritation cutanée, il produit la tuméfaction et la tension du tissu cellulaire.

6° Si cette irritation est très-vive et se prolonge plusieurs mois, elle peut amener la chute des cheveux ou des poils.

7° Il est rare que des symptômes généraux se manifestent pendant la durée du pityriasis. Cependant, s'il est étendu, général, s'il s'accompagne d'érythème, il peut coïncider avec une phlegmasie chronique des voies digestives [1], produire l'amaigrissement, le dépérissement, la morosité. Il devient alors assez grave, tandis qu'ordinairement il ne constitue qu'une affection fort légère.

8° Le pityriasis, après avoir diminué et même disparu, peut se reproduire plusieurs fois.

9° Il peut se transformer en une autre dermatose, par exemple en un eczéma [2] ou un pemphigus chronique.

10° Le *pityriasis du cuir chevelu* est très-fréquent; il occupe ordinairement toute la peau du crâne. On l'a décrit isolément sous le nom de *pityriasis capitis*. On l'observe surtout chez les jeunes filles. Il est rare que les téguments changent de couleur, si ce n'est vers la nuque. C'est lui surtout qu'on peut appeler *pityriasis alba*. La peau et les cheveux sont ordinairement secs. Les squames sont très-petites; mais j'ai vu

(1) Obs. de Livois. *Bullet. de la Soc. anatomique*, 1842, p. 110.

(2) Hardy; *Leçons sur les maladies de la peau*, p. 117.

en même temps des plaques de psoriasis sur le front, et aussi des engorgements des ganglions lymphatiques du cou.

11° Le pityriasis de la face a le plus souvent un siége circonscrit; on le voit aux sourcils, au front, sur le menton. M. Rayer l'a vu sur les paupières, d'autres fois sur les lèvres, où il était entretenu par l'action des dents et de la langue [1]. Le même observateur l'a également observé à la paume des mains et à la plante des pieds, où les lamelles épidermiques sont ordinairement assez larges.

12° Le pityriasis peut s'étendre largement, ou même devenir général, mais après des progrès fort lents. Il est alors très-rebelle.

c. — **Traitement du pityriasis.** — Il est rare que le pityriasis exige l'emploi des émissions sanguines. Ce ne peut être qu'au début, si l'irritation, l'état phlegmasique de la peau ou la disposition pléthorique du sujet en fournissaient l'indication.

Les dépuratifs ordinaires, les sucs d'herbes, les purgatifs salins, sont les moyens internes auxquels on a le plus souvent recours.

Dans les cas opiniâtres, on peut recourir aux préparations arsenicales. M. Cazenave s'est servi de la solution de Pearson, dont on ajoutait 2 grammes à 125 de sirop de saponaire, pour en donner deux cuillerées par jour [2]. Les préparations d'iode ont aussi été préconisées [3].

C'est sur les bains qu'il faut principalement compter. Ils seront d'abord simples ou émollients, puis alcalins, et enfin sulfureux. Je porte la dose du sulfure de potassium assez haut (90 à 120 grammes) pour le pityriasis du cuir chevelu, et je fais prendre quarante à soixante bains pour produire des effets durables. Je suis parvenu maintes fois à guérir ainsi cette maladie chez des jeunes filles qui répugnaient beaucoup à laisser

(1) *Maladies de la peau*, t. II, p. 187.

(2) *Annales des maladies de la peau*, t. II, p. 302.

(3) Belliol : *Essai sur les avantages de l'iode dans le traitement de la dartre furfuracée*. (Thèses de Paris, 1825, n° 2.)

couper leurs cheveux. Mais il faut en venir à cette ressource quand la maladie résiste. On doit alors raser la tête à plusieurs reprises et employer la pommade soufrée, ou la pommade oxygénée, ou l'huile de cade. J'ai obtenu une guérison assez rapide en passant deux ou trois fois, à huit jours d'intervalle, le crayon de nitrate d'argent sur toute la surface du cuir chevelu humecté. Je n'ai point employé ce moyen sur d'autres régions.

Parmi les autres moyens locaux, on a recommandé la solution de borate de soude, à la dose de 2 grammes pour 15 d'eau distillée (1), ou celle de bi-chlorure de mercure, les pommades avec l'oxyde de zinc ou avec le calomel, etc.

On a conseillé de saupoudrer avec de l'amidon et avec divers mélanges pulvérulents. Mais ils conviennent peu ; ils se mêlent aux furfures et n'atteignent pas la surface cutanée. Lorsqu'ils sont répandus sur les cheveux, ils rendent plus nécessaire l'emploi du peigne, tandis qu'il importe de l'éloigner pour éviter l'irritation du cuir chevelu.

II. — PSORIASIS.

Le psoriasis est une maladie cutanée chronique, caractérisée par des squames larges, sèches, d'un blanc argenté, et adhérentes à des surfaces plus ou moins enflammées.

Le mot *psoriasis,* très-rarement employé par les anciens, vient de *πσωρα*, terme qui était d'un usage fréquent et d'une signification complexe. Traduit par *scabies*, il a été pris par les modernes pour synonyme de gale. Mais il se rapportait, dans les écrits des médecins grecs, à un état morbide d'une tout autre importance.

Galien a rapproché, pour les causes et pour le traitement, le *psora* de la *lèpre* (2). Paul d'Égine (3), Oribase (4),

(1) Reinhardt, de Mulhausen (Prusse); *Bullet. des Sciences méd. de Férussac*, t. XVI, p. 328 ; — et *Archives*, t. XVI, p. 137.

(2) *De sympt. causis*, lib. III. — *De simplic. Medic. Facult.*, lib. VI.

(3) *De re medica*, lib. IV, cap. II.

(4) *Synopsis*, lib. VII, cap. XLVIII.

Aetius ([1]), Actuarius ([2]), etc., n'ont vu dans ces maladies que des formes et des degrés divers, la lèpre étant plus grave et produisant de larges écailles, circulairement disposées.

A ces formes morbides se rattachait aussi le λευκε, mentionné par Hippocrate ([3]) et défini par Celse ([4]), comme produisant des croûtes épaisses et blanches avec altération des poils. C'est au *leucé* que, selon Mead ([5]), de Latour ([6]) et Alibert ([7]), doit être rapportée cette lèpre blanche dont Moïse a indiqué quelques caractères.

Sur la même ligne à peu près a été placée une autre maladie cutanée moins grave; c'est l'αλφὸς, constituée par des taches et des croûtes blanches plus disséminées et moins épaisses que celles du *leucé*. Distinguées avec soin par Celse, ces maladies ont été rapprochées par Paul d'Égine sous le nom de *vitiligo alba* ([8]). A toutes ces dénominations il faut encore ajouter celles de *morphæa* et d'*albaras*, données comme synonymes de *lèpre* et d'*alphos;* et celle d'*alkouba,* employée par les Arabes comme terme générique ([9]).

Mais là ne se borne pas la synonymie du psoriasis; plusieurs auteurs l'ont indiqué sous le nom d'*impétigo* ([10]). Lorry l'a décrit sous celui de *lichen* ([11]), Alibert sous celui de *dartre squameuse lichénoïde* ([12]). Quelques observations qui s'y rapportent ont été publiées sous le titre d'*éléphantiasis* ([13]); et, d'un autre

([1]) *Tetrab.* IV, serm. I, cap. CXXXIV. (Passage emprunté à Archigènes.)

([2]) *De meth. med.*, lib. II, cap. XI. (*Artis Med. princip.*, t. I, p. 187.)

([3]) Hippocrate dit *Leucé non congénital* (*Prénot. coaques*, trad. de Littré, t. V, p. 701); peut-être le *leucé congénital* ne serait-il que l'ichthyose?

([4]) *De re medica*, lib. V, cap. II, sect. XIV, art. XIX, p. 307.

([5]) *Medica sacra. lepra morbus*, p. 11.

([6]) *Mémoires de la Soc. méd. d'Émulat.*, t. VI, p. 312.

([7]) *Revue méd.*, 1829, t. III, p. 438. — *Monographie des dermatoses* (leucé), p. 483. — Sprengel; *Histoire de la Médecine*, t. I, p. 68.

([8]) *De re medica*, lib. IV, cap. VI.

([9]) Sérapion; *Breviarium*, tract. V, cap. IV.

([10]) Manard, Fernel, Sennert, Willis, Lommius, Heurnius, Plenck, etc.

([11]) *De morbis cutaneis*, p. 243.

([12]) *Précis théorique et pratique sur les maladies de la peau*, 1810, p. 217.

([13]) Chiappa; *Annali universali*. (*Revue méd.*, 1827, t. I, p. 489.) — Graff; *Archives*, 2e série, t. I, p. 285, etc.

côté, le nom de *lèpre* a été imposé par les Arabes à l'*éléphantiasis des Grecs,* et par différents auteurs à des maladies cutanées très-dissemblables, mais donnant aux individus qui en étaient affectés un aspect plus ou moins hideux. Alibert lui-même a réuni, sous le titre de *dermatoses lépreuses,* le leucé, l'éléphantiasis des Grecs, celui des Arabes, et le radesyge.

La confusion, comme il est facile d'en juger, devait naître de cette multiplicité de noms, et surtout de l'insuffisance et de l'inexactitude des définitions. Willan a donc rendu à la science un service réel en donnant une définition précise des états pathologiques si diversement désignés.

Ce dermatologiste a décrit séparément la lèpre et le psoriasis; il a fondé cette séparation sur la forme et la disposition des squames, sur la marche et l'influence générale de ces maladies. Mais ces différences ne sont pas essentielles, ni constantes. Le psoriasis affecte les formes les plus variées : il peut être circiné ou circulaire sans changer de nature, comme d'autres exanthèmes en ont donné des exemples. La marche du psoriasis est le plus souvent continue et très-persistante, sans porter atteinte à la constitution. Plumbe fut bientôt frappé de l'analogie évidente qui rapproche le psoriasis et la lèpre (1).

Duffin reconnut leur identité (2), que plusieurs dermatologistes français (3) et anglais ont aussi proclamée en n'employant qu'un seul nom pour les deux formes pathologiques : ainsi, M. Er. Wilson a adopté celui de *lèpre* (4), et M. Moore Neligan celui de *psoriasis* (5). C'est ce dernier que je préfère, parce que nos devanciers ont singulièrement abusé du premier, qui désigne les affections cutanées les plus diverses, et dont on ne peut se servir sans expliquer s'il s'agit de la lèpre

(1) *Diseases of the skin*, p 215.

(2) *On squamous disorders.* (*Edinburgh Med. and Surg. Journal*, t. XXV, p. 1, 1825.)

(3) Baumès; *Nouvelle dermatologie*, t. I, p. 55; t. II, p. 37. — Émery; *Bullet. de Thérap.*, t. II, p. 209. — Duchesne-Duparc; *Revue méd.*, 1846, t. I, p. 365. — M. Hardy; *Leçons sur les maladies de la peau*, 1858, p. 97.

(4) *Diseases of the skin*, p. 296.

(5) *Ibid.*, p. 216. — Corrigan regarde comme inutile et vicieuse la distinction de la lèpre et du psoriasis. (*Course of lectures. Med. Times*, t. XII, p. 195.)

des Grecs ou de celle des Arabes, de la lèpre blanche ou de la lèpre squameuse, ou de la lèpre tuberculeuse, etc. Il serait mieux, sans contredit, de bannir complétement le mot *lèpre* de la langue médicale.

a. — **Causes du psoriasis.** — 1° Le psoriasis peut être héréditaire comme les autres herpétides (1); et, selon la remarque de M. Hardy, il se manifeste chez des individus dont les parents avaient été atteints d'eczéma ou de lichen (2). Plumbe a remarqué que les affections squameuses se développaient avec plus de facilité chez ceux qui avaient reçu de leurs parents une certaine rudesse et sécheresse de la peau (3).

2° Le psoriasis atteint plus souvent le sexe masculin. C'est ce qu'on a généralement reconnu et ce que j'ai moi-même constaté. Sur 65 cas de psoriasis observés à la clinique interne, 46 ont été fournis par la salle des hommes et 19 par celle des femmes.

3° C'est une maladie de la jeunesse et de l'âge adulte. On l'observe aussi dans la première enfance. Willan a désigné une des variétés sous le nom d'*infantilis*. Celle-ci se manifeste entre deux mois et deux ans. Ce sont des taches écailleuses répandues sur diverses parties du corps.

Les 65 observations de ma clinique se divisent ainsi :

14	appartenaient à	des sujets âgés	de 10 à 20 ans.
24	—	—	de 21 à 30 —
12	—	—	de 31 à 40 —
7	—	—	de 41 à 50 —
7	—	—	de 51 à 60 —

1 sujet était âgé de 76 ans. C'était une femme malade depuis deux ans seulement

4° Le psoriasis se manifeste chez les individus d'un tempérament sanguin, d'une forte constitution. Duffin a insisté sur

(1) Émery a constaté cette influence chez le quart des malades. (*Bullet. de Thérap.*, t. XI, p. 212.)

(2) *Leçons*, p. 105.

(3) *Diseases of the skin*, p. 180.

le caractère inflammatoire des affections squameuses, malgré leur constante chronicité. Le psoriasis se montre aussi quelquefois chez les sujets lymphatiques [1].

Chez 58 de nos malades, les caractères des tempéraments ayant été précisés, j'ai constaté 38 fois la prédominance du système sanguin, 6 fois celle du système lymphatique, et 14 fois leur équilibre.

5° L'impression de l'air froid et humide lorsque le corps était en sueur, l'usage des boissons froides, ont été accusés par Falconer d'avoir souvent produit les affections squameuses [2].

6° M. Devergie a essayé d'apprécier l'influence des saisons sur la production du psoriasis. Cette recherche est fort difficile, parce que la maladie a déjà plusieurs mois d'existence lorsque le sujet se présente à l'hôpital.

Toutefois, cet observateur admet que c'est dans l'été et dans l'hiver que le psoriasis se développe. Les mois où j'ai vu venir le plus grand nombre d'individus atteints de cette dermatose, ont été ceux de mars, juin et octobre.

7° Une nourriture habituellement substantielle et excitante [3], l'usage trop abondant des boissons spiritueuses, favorisent son développement.

8° Les fatigues, les veilles, les vives excitations morales, peuvent également y contribuer.

9° Il est parfaitement reconnu qu'aucune variété du psoriasis n'est contagieuse. Cependant, Rob.-Grave de Philadelphie dit avoir vu un domestique affecté de psoriasis palmaire, pour avoir mis les gants de son maître atteint de cette maladie, que la femme de ce domestique contracta également [4]. John Bishop a donné un autre exemple de contagion [5].

(1) Émery l'a vu 72 fois chez des individus robustes et à cheveux noirs, 8 fois chez des sujets blonds. (*Bullet. de Thérap.*, t. XI, p. 211.)

(2) *Med. Mem.*, t. III, p. 373. Il a signalé l'état de forgeron comme disposant à cette maladie.

(3) Chassinat; *Gaz. méd*, t. IV, p. 44. — On a accusé l'usage du poisson. Émery a constaté le peu de fondement de cette opinion. (*Bullet. de Thérap.*, t. XI, p. 211.)

(4) *Amer. med. recorder*, 1827, oct. (*Bullet. des Sciences méd.* de Férussac, t. XVII, p. 44.)

(5) *London med. Gaz.* (*Gaz. méd.*, t. VI, p. 220.)

On a aussi beaucoup disserté sur la propriété contagieuse de la lèpre. Mais, en général, les termes étaient si mal définis et les observations si peu exactes, que la science n'a rien pu enregistrer de positif. C'est ce qui résulte d'une discussion soulevée au congrès scientifique de Lucques, en 1844 (1).

10° L'origine herpétique du psoriasis, longtemps appelé par les médecins français *dartre sèche,* est démontrée par des coïncidences du même ordre (prurigo, pityriasis, eczéma, impétigo, etc.), et par les modes de traitement qui le combattent avec le plus d'efficacité.

b. — Symptômes du psoriasis. — 1° Le psoriasis commence ordinairement sans phénomènes généraux, par une petite tache rugueuse, légèrement saillante et d'un rouge pâle. Il peut aussi dans les premiers temps présenter un certain degré d'inflammation, d'où est venue l'idée d'un psoriasis aigu; mais cette dénomination serait impropre, car la durée du psoriasis, même quand il offre cette apparence, est toujours très-longue. On a quelquefois observé, à l'époque de l'invasion, des phénomènes d'irritation des voies digestives; ils n'ont été que passagers.

2° La tache initiale se recouvre d'une lame épidermique ou squame, qui lui donne plus ou moins de relief. Cette squame augmente d'épaisseur; elle est sèche et dure. Tant qu'elle est très-mince, elle peut être demi-transparente; bientôt elle prend une couleur blanche, comme nacrée ou argentée, un peu luisante, à la manière du blanc de baleine. Elle se compose de lames épidermiques plus ou moins nombreuses, superposées ou imbriquées. Les plus superficielles peuvent facilement se détacher; les plus profondes sont ordinairement très-adhérentes aux parties sous-jacentes (2).

(1) *Annales des maladies de la peau,* t. I, p. 218.

(2) Lorsqu'on a examiné après la mort les rapports du derme et des squames, on a trouvé les lamelles les plus profondes ayant l'aspect de l'épiderme. (Philouze; *Biblioth. méd.,* 1826, t. II, p. 86.) — On a cru que la matière des squames se déposait entre deux lames épidermiques. (Robert; *ibidem.*) Mais il est probable que les diverses lames des squames sont toutes de même nature, c'est-à-dire des productions épidermiques.

3° Quand on parvient à détacher en entier les squames, on trouve le tissu cutané inégal, rugueux, épaissi, d'un rouge sombre, cuivré ou livide; il paraît formé de papules très-rapprochées et confluentes. Dès que les squames se reforment, la surface pâlit et devient plus lisse et un peu luisante.

4° Le psoriasis ne fait pas éprouver chez tous les sujets les mêmes sensations. Quelquefois même la partie affectée est dépourvue de tout phénomène d'excitation ([1]). Le tact y paraît émoussé ([2]).

M. Devergie soutient qu'il n'y a jamais de prurit ([3]). M. Hardy affirme au contraire que les malades s'en plaignent beaucoup ([4]). Ces deux assertions reposent sur des faits vrais. Dans trente-deux de mes observations recueillies à l'hôpital, il n'est fait aucune mention de prurit ou autres sensations. Six observations portent expressément que les malades en étaient absolument exempts, et dans vingt-sept autres il est nettement établi qu'une démangeaison plus ou moins vive fatiguait les malades. Chez plusieurs elle avait été très-prononcée au début de l'éruption; elle avait été ensuite en décroissant. Chez quelques individus elle se faisait sentir principalement pendant la nuit, ou encore dans les variations atmosphériques à l'approche de la pluie. D'autres, enfin, rapportaient cette sensation à une piqûre ou à une cuisson, ou à une ardeur pénible, surtout quand les squames étaient détachées.

5° La persistance du psoriasis engendre l'altération du corps muqueux et des couches les plus superficielles du derme; des fentes, des fissures, dirigées en divers sens, en sillonnent la surface. Les squames perdent de leur largeur, mais se multiplient activement et se détachent souvent, ou augmentent d'épaisseur et semblent comme enchâssées dans le derme. Tout le tissu de la peau se tuméfie. Les mouvements sont

([1]) Lorry; *De morbis cutaneis*, p. 243.

([2]) Schmiedel et Voigt; *De lepra*. Erlang, 1750. (Haller; *Disputationes*, t. VI. p. 75.) Le psoriasis est décrit, dans cette dissertation, sous le nom de *lèpre*. Dans l'un des faits rapportés, de grandes écailles blanches couvraient presque tout le corps.

([3]) *Maladies de la peau*, p. 495.

([4]) *Leçons, etc.*, p. 94.

gênés dans les régions largement recouvertes par le psoriasis, qui prend alors le nom d'*inveterata*. Le psoriasis peut ainsi se prolonger fort longtemps. Parmi les malades reçus dans nos salles, 5 étaient atteints depuis deux ans, 18 depuis trois, quatre, cinq, six, sept, huit, dix, onze, douze, treize, vingt-un, vingt-deux et vingt-quatre ans.

6° Les fonctions intérieures s'exécutent d'une manière normale. Ce n'est qu'après une longue persistance, et surtout si la maladie a été combattue sans prudence par des moyens énergiques, ou enfin si l'éruption disparaît brusquement (1), que les voies digestives peuvent offrir des altérations graves; on a aussi noté des phénomènes sympathiques vers les poumons, le cerveau, etc. (2). Le sang extrait de la veine s'est montré couenneux; le caillot était rétracté (3).

c. — **Variétés du psoriasis.** — Willan a établi un grand nombre de variétés sous les noms de *psoriasis guttata, diffusa, gyrata, palmaria, labialis, ophthalmica, præputii, scrotalis, unguium, infantilis, inveterata,* et de *lepra vulgaris, alphoïdes* et *nigricans*. Ces variétés se rapportent, les unes à la forme, et les autres au siége de la maladie. Je n'indiquerai que les principales.

I. — Variétés relatives à la forme et à l'aspect du psoriasis. — 1. *Psoriasis guttata*. — C'est le psoriasis discret, le moins grave de tous; il me paraît correspondre à l'*alphos* des Grecs. La figure que Willan a donnée de la *lepra alphoïdes* se rapporte complétement à cette variété et ajoute aux preuves de l'identité de ces genres. On dirait des gouttes de bougie ou de stéarine répandues sur diverses surfaces. Elles ont 1 à 2 centimètres de largeur. Quelquefois la peau est à peine rouge au-dessous ou autour des squames.

(1) Falconer rapporte des exemples d'affections squameuses graves supprimées par l'ingestion de l'eau froide, le corps étant en sueur; d'où résultèrent des vomissements très-opiniâtres. (*Mem. of the Med. Soc. of London*, t. III, p. 379.)

(2) Duffin, p. 16.

(3) J.-Ch. Hall; *Lancet* 1844. (*Annales des maladies de la peau*, t. II, p. 82.)

M. Devergie a distingué une variété sous le nom de *nummulaire*. Les plaques sont arrondies et en relief. J'ai vu un exemple de cette affection chez une femme de la campagne qui vint me consulter en avril 1838. Elle avait vingt-huit ans, était adonnée aux travaux des champs, robuste et bien réglée. Un an avant, elle eut un enfant et elle le nourrissait, lorsque l'allaitement fut brusquement interrompu. Bientôt après, elle éprouva un peu de démangeaison sur les joues, et il se forma des taches rouges, qui se multiplièrent dans un sens transversal. Je vis dix-huit ou vingt plaques rougeâtres, arrondies, d'un centimètre et demi de diamètre, toutes de dimensions à peu près égales, se touchant et même empiétant plus ou moins les unes sur les autres, légèrement relevées sur leurs bords, et couvertes de squames d'un blanc grisâtre. Ces disques, qui étaient le siége d'une démangeaison parfois assez vive, formaient par leur rapprochement une bande de 2 ou 3 centimètres de largeur, qui s'étendait au-dessous des deux paupières inférieures, en passant sur le dos du nez dans une longueur transversale d'environ 12 ou 13 centimètres.

II. *Psoriasis diffusa*. — Cette variété s'observe souvent; elle occupe une ou plusieurs régions. Elle résulte de l'élargissement uniforme des plaques, ou du rapprochement et de la confluence des plaques voisines les unes des autres. Quelquefois on distingue longtemps les points de leurs jonctions. Cette forme, toujours irrégulière, présente souvent des sillons, des fissures, des espèces de rhagades dans les endroits où la peau est tiraillée par les mouvements, comme autour des articulations.

III. *Psoriasis gyrata*. — Willan a donné ce nom à une variété qui aurait été plus exactement appelée *téniforme* ou *vermiforme*, car elle représente des bandelettes contournées en divers sens. Dans la planche que cet auteur en a donnée, on voit la partie postérieure du tronc sillonnée par une multitude de larges lignes flexueuses. Mais quelquefois ces lignes décrivent un cercle plus ou moins parfait, comme Willan dit en avoir vu sur les seins, autour des mame-

lons [1]. C'est cette dernière figure qui justifie le nom de *gyrata (gyratus*, arrondi); mais c'est aussi celle qui caractérise la variété suivante.

IV. *Psoriasis circinata*, ou *orbicularis*, ou *annulata* [2]. — C'est la *lèpre vulgaire* ou *blanche*, la *lèpre des Grecs*. Cette variété se distingue par la forme ellipsoïde ou circulaire des plaques, et par l'espace de peau saine ou à peu près saine qui se trouve au centre du cercle. Cette sorte d'anneau est constituée par une bande squameuse tendant à s'élargir par sa circonférence, où l'on voit ordinairement un bourrelet rougeâtre. La saillie de ce rebord fait paraître le côté central plus ou moins déprimé. Les squames sont d'un blanc nacré, ou d'une teinte un peu jaunâtre, ou grisâtre; parfois elles reposent sur un fond livide : c'est la *lepra nigricans* de Willan. Cet aspect s'observe chez les individus débilités par de grandes fatigues ou par une mauvaise alimentation, et disposés au scorbut [3].

Les anneaux peuvent avoir de 3 à 30 centimètres de diamètre. Je donnerai un exemple de cette dernière dimension.

La forme des bandes squameuses n'est pas toujours complétement annulaire; les cercles sont quelquefois interrompus et comme brisés par des intervalles où la peau est saine. Ils peuvent aussi rester incomplets et tracer des espèces de croissants. Si plusieurs de ceux-ci sont rapprochés et se continuent par leurs extrémités, il en résulte des figures très-variées; quelquefois deux cercles se lient à la façon d'un 8 de chiffre; d'autres fois, à côté de ces lignes circulaires s'en trouvent de flexueuses, comme celles du *psoriasis gyrata*, circonstance qui prouve la corrélation étroite de ces exanthèmes squameux, non-seulement sous le rapport de leur nature intime, mais même aussi sous celui de leurs attributs extérieurs.

Il est assez remarquable que Cullen et Heberden n'aient pas eu l'occasion d'observer le psoriasis circiné, qui cependant

(1) De Latour a donné un exemple de lèpre ou psoriasis des mamelles. (*Mém. de la Soc. méd. d'Émulat.*, t. VI, p. 312.)

(2) *Psoriasis lepræformis* de Moore Neligan. (*Diseases of the skin*, p. 224.)

(3) Willan; *On cutaneous diseases*, t. I, p. 197. — Plumbe, p. 178.

n'est pas rare en Angleterre; car Falconer en vit aux eaux de Bath, de 1771 à 1775, quatre-vingt-trois cas (1). En France, cette affection était très-commune dans la haute Auvergne, où elle était connue sous le nom de *mal Saint-Main* (2).

II. Variétés relatives au siége du psoriasis. — Il n'est aucune partie que le psoriasis épargne; mais il en est où on le remarque plus fréquemment; ce sont les membres et principalement vers leur côté externe et au voisinage des articulations, surtout de celles du genou et du coude.

J'ai eu l'occasion de m'assurer que le psoriasis ayant commencé dans ces régions, s'était ensuite étendu aux autres parties du corps et était devenu plus ou moins général (3).

Cette large diffusion du psoriasis n'est pas rare; j'en ai vu douze cas à l'hôpital. Les formes *guttata* et *diffusa* coïncidaient. Plusieurs autres fois le psoriasis existait sur les diverses régions, mais il avait épargné la tête.

Les membres supérieurs et inférieurs ont été onze fois le siége de l'éruption squameuse. Cinq fois celle-ci s'était en outre propagée au tronc, huit fois elle était bornée aux membres inférieurs, trois fois aux membres inférieurs et au tronc; une fois le psoriasis de la cuisse occupait la région inguinale, et une autre fois il s'était étendu à la peau du pénis.

Les membres supérieurs ont été occupés exclusivement quatre fois, deux fois concurremment avec le tronc. J'ai vu le psoriasis dans le creux axillaire. Trois fois il s'était emparé de la région dorsale des poignets et des mains et jusqu'aux doigts.

Le tronc a été rarement occupé seul, cependant je l'ai vu trois fois.

Le psoriasis avait son siége sur les joues et sur le nez chez un homme âgé de cinquante-six ans, qui en était atteint depuis vingt-deux ans, et chez une femme âgée de cinquante-

(1) *Of the lepra Græcorum.* (*Memoirs of the medical Society of London*, vol. III, p. 382.)

(2) De Brieude; *Topographie de la haute Auvergne.* (*Mém. de la Soc. royale de Méd.*, t. V, p. 311.)

(3) Émery a vu le corps entier envahi. (*Bullet. de Thérap.*, t. XI, p. 210.)

sept ans, qui en était affectée depuis deux ans et qui était venue deux fois se faire traiter à l'hôpital.

Chez trois sujets, le cuir chevelu était affecté en coïncidence avec les membres supérieurs et le tronc. L'un de ces sujets était une fille de vingt-trois ans, qui avait eu d'abord un sentiment de chaleur et de cuisson à la tête, puis des points douloureux; elle offrait environ quarante plaques écailleuses sur le cuir chevelu, ayant de 6 millimètres à 2 centimètres de largeur, et un peu déprimées au centre. Il y en avait aussi à la nuque, sur les bras et les épaules. Entre les cheveux se trouvaient une multitude de petites écailles plus larges que celles du pityriasis; il y en avait aussi qu'on aurait pris pour de la poussière. Chez un jeune homme âgé de vingt ans, le cuir chevelu, la face et une partie du tronc présentaient depuis sept ans des plaques de psoriasis guttata. Il existait un prurit intense et les cheveux étaient imprégnés du sang que les ongles faisaient jaillir. Chez le troisième sujet, qui était un homme de quarante-deux ans, l'affection cutanée datait de quinze mois; le prurit cranien était très-violent dès que le malade avait chaud. Aucun de ces individus ne présentait d'alopécie; seulement, les places occupées par le psoriasis semblaient un peu dégarnies de cheveux.

Dans les diverses localisations que je viens d'indiquer, le psoriasis n'a point offert de caractères spéciaux. Il n'en est pas de même de celui qui se manifeste à la paume des mains ou à la plante des pieds et sous les ongles.

Le *psoriasis palmaire* a un cachet particulier. Il a été très-bien dépeint par Willan. J'ai remarqué, comme cet habile observateur, que ce psoriasis est toujours borné à ce siége; c'est, sans contredit, la variété la plus rebelle. Je l'ai vu résister aux traitements les plus variés. Willan l'a observé chez les ouvriers qui manient les métaux ou diverses autres substances. Il constitue alors une maladie purement locale; mais il dépend plus souvent de causes générales. M. Er. Wilson le rattache aux syphilides; mais j'ai la conviction qu'il leur est souvent étranger. Je l'ai vu chez des hommes qui avaient présenté d'autres

indices de diathèse herpétique. C'est principalement sur l'éminence thénar qu'il se développe; de là il gagne l'hypothénar et même la région palmaire des doigts. Il provoque du prurit, s'accompagne de chaleur, de rougeur et de tuméfaction. Les squames sont foliacées et fendillées dans la direction des sillons normaux. Elles se détachent sur leurs bords et laissent à nu des papules très-petites. M. Rayer a décrit un *psoriasis palmaire centrifuge*. C'est un psoriasis circiné ou une lèpre palmaire.

Le *psoriasis unguium* est très-rarement isolé. Il accompagne celui des membres supérieurs. Les ongles sont soulevés et blanchâtres; ils deviennent épais, convexes, courbés, rugueux et fendillés. Ils peuvent se briser et se détacher par fragments, et à leur place se trouve une squame plus ou moins large, ou un autre ongle qui présente la même déformation.

d. — Diagnostic du psoriasis. — Le psoriasis a des caractères tellement tranchés, qu'on n'est guère exposé à le confondre avec une autre maladie de la peau.

Il diffère du pityriasis, de l'herpès et du lichen, par la largeur et l'épaisseur des squames.

L'eczéma, le pemphigus chronique, se distinguent par des croûtes plus ternes, plus molles, moins adhérentes, et par un suintement séreux ou sanieux.

Le psoriasis diffusa, quand il est très-étendu, a quelque analogie avec l'ichthyose nacrée ou épidermique; ce sont, dans les deux cas, des squames plus ou moins larges, imbriquées, adhérentes. Mais dans l'ichthyose le tissu de la peau n'est pas altéré; il n'existe sous les lames épidermiques aucune trace d'inflammation chronique, et l'état squameux est plus égal, plus uniforme; il se rapproche beaucoup plus de l'état d'un tégument normal, tandis que le psoriasis montre toujours des inégalités de développement qui dénotent un état morbide.

J'ai vu quelques cas dans lesquels il m'a paru difficile de déterminer de prime-abord s'il s'agissait d'un psoriasis de la région dorsale des mains ou d'une pellagre. Celle-ci, en effet,

produit aussi une rougeur et un état squameux spécial de la même région. L'incertitude sera plus grande si la maladie se montre au printemps, époque où l'érythème pellagreux se développe. Cette difficulté s'offrit à la clinique dans le mois de mai 1849. Une femme présentait aux mains et au cou des squames de grandeurs et de formes diverses, les unes arrondies, les autres quadrilatères, reposant sur une base érythémateuse. Elles étaient luisantes et sèches, marquées de sillons assez profonds. Mais la peau n'avait pas l'aspect lisse de la pellagre; son tissu était tuméfié et comme plissé, ce qui n'existe pas dans celle-ci. Sa coloration était terne, rouge, grisâtre, au lieu d'être vermeille. La plaque du cou, s'étendant de l'oreille à la clavicule, offrait l'aspect du pityriasis. Il en était de même de quelques taches disséminées sur le front et le nez. Enfin, cette femme ne travaillait pas au soleil, elle avait eu dans le principe des vomissements, mais point de diarrhée.

e. — **Prognostic du psoriasis.** — Cette maladie n'est pas dangereuse, mais elle ne paraît point avoir de tendance spontanée vers une heureuse terminaison; si elle diminue ou si elle cesse entièrement, elle peut reparaître avec une extrême facilité (1). Ce n'est pas toujours le psoriasis le plus étendu qui est le plus rebelle. Le plus circonscrit, le plus étroitement limité, est souvent d'une grande opiniâtreté. La disparition rapide du psoriasis est généralement exempte de danger (2).

f. — **Traitement du psoriasis.** — Il ne faut pas perdre de vue que le psoriasis est l'herpétide des individus jeunes, robustes et d'un tempérament sanguin. Si donc il existe quelques indices de pléthore, on ne doit pas négliger de désemplir les vaisseaux par la lancette (3) ou par les sangsues appliquées à l'anus.

Le régime doit aussi être sévère. Ce conseil, donné par

(1) Cazenave; *Annales des maladies de la peau*, t. I, p. 101.
(2) Émery; *Bullet. de Thérap.*, t. XI, p. 212.
(3) Voigt; *De lepra*, p. 82. — Wallace, Graves. (Duffin; *Edinb. Med. and Surg. Jorn.*, t. XXV, p. 28.)

Voigt, doit s'appliquer à presque tous les cas. On doit supprimer le vin en totalité ou en partie.

Parmi les moyens internes, on a quelquefois prescrit les purgatifs; mais, comme l'a remarqué Duffin, ils sont inutiles et ils peuvent nuire.

La teinture de cantharides a été employée par Mead [1], par Home [2], sans succès; d'autres praticiens y ont eu recours avec quelque avantage. Ce médicament ne m'a pas inspiré de confiance.

Je ne crois pas que l'urtica dioïca, donnée par Bullar [3], ait plus d'efficacité.

Le goudron a été employé à l'intérieur comme à l'extérieur [4]. On l'a beaucoup vanté dans les premiers temps de son emploi. Maintenant on n'en parle guère.

Un moyen que le hasard a fait rencontrer à M. Hardy, le baume de copahu, a obtenu quelques guérisons rapides [5]. Je ferai observer que le psoriasis exige toujours un traitement prolongé, et qu'il est fort difficile de faire prendre aux malades le baume de copahu pendant longtemps, même en capsules; leur estomac le refuse souvent avec énergie.

Un autre agent emprunté à la thérapeutique des maladies aiguës, a été essayé avec un succès remarquable par M. Danielssen [6] : c'est le tartre stibié à doses progressives (0gr,20 dans 250 grammes d'eau, une cuillerée toutes les deux heures).

L'arsenic jouit d'une grande vogue dans le traitement des affections squameuses. On a donné la solution de Fowler, à la dose de 2 ou 3 gouttes, deux ou trois fois par jour [7]. Biett

(1) Falconer, p. 377.

(2) *Clinical experiments*, p. 489.

(3) *Assoc. med. Journal*, — et *Gaz. hebdom.*, t. II, p. 93.

(4) Sutro; *London med. Gaz.*, 1848, june. (*Bullet. de Thérap.*, t. XXXV, p. 85.)

(5) *Leçons sur les maladies de la peau*, p. 108.

(6) *Recueil d'Observations sur les maladies de la peau*, par Boeck et Danielssen. Christiania, 1855, p. 7.

(7) Girdlestone; *Annales de littérat. méd. étrang.*, t. XVI, p. 48. — Twaites; *Edinb. Med. and Surg. Journ.*, 1833. (*Gaz. méd.*, t. II, p. 810.) — Émery n'obtint que des demi-succès. (*Bullet. de Thérap.*, t. XXXVI, p. 482.) — D'après J.-Ch. Hall, a été quelquefois plus nuisible qu'utile. (*The Lancet*, 1844. *Annales des maladies de la peau*, t. II, p. 31.)

a employé l'arséniate de fer [1]. J'ai fait usage des pilules asiatiques un grand nombre de fois; je les ai trouvées utiles [2]. L'iodure d'arsenic et de mercure, vanté par M. Taylor, doit exercer une action très-puissante [3].

L'iodure d'amidon, quoique moins actif, paraît avoir eu quelques succès [4]. L'iodure de potassium, uni au carbonate de potasse et à l'iodure de carbone, a été préconisé par Litchfield [5].

Parmi les moyens externes exerçant une influence générale, il faut placer les bains sulfureux et alcalins d'un si fréquent usage [6], les bains de vapeur, l'hydrothérapie [7], les bains de sublimé [8].

Les eaux sulfureuses naturelles jouissent depuis longtemps d'une réputation justement méritée. Falconer a vu celles de Bath opérer de nombreuses guérisons ou améliorations. Nos principaux établissements thermo-sulfureux des Pyrénées comptent chaque année des cures remarquables de psoriasis. Les bains de Louesche paraissent aussi réussir dans certains cas.

Les pommades soufrée et mercurielle ont peu d'efficacité.

(1) *Journ. des Connaiss. méd.-chir.*, 1842, t. IX, p. 133.

(2) M. Cazenave les a vu réussir quand les autres arsenicaux avaient échoué. (*Gaz. des Hôpit.*, 1847, p. 324.)

(3) *American Journal*, 1843, april. (*Gaz. méd.*, t. XII, p. 291.) Voici la formule :

Arsenic blanc	0,30
Mercure	0,75
Iode	2,50
Alcool	4,

Triturez ; ajoutez :

Eau distillée	950,

Faites bouillir quelques instants, et filtrez.

On administre ce médicament à la dose de 2 grammes, dans : Eau distillée, 25; sirop de gingembre, 10. Cette dose est donnée le matin et répétée le soir.

(4) Buchanan; *London med. Gaz.* (*Gaz. méd.*, t. V, p. 6.)

(5) *London med. Gaz.* (*Gaz. méd.*, t. IV, p. 664.)

(6) Les bains sulfureux locaux ont été utiles dans le psoriasis palmaire. (Litchfield; *London med. Gaz.* — *Gaz. méd.*, t. IV, p. 665.)

(7) Gibert; *Revue méd.*, 1831, t. III, p. 461. — Devergie; *Gaz. méd.*, 1843, p. 221. — *Gaz. des Hôpit.*, 1847, p. 94.

(8) Employés sans succès par Émery et M. Gibert. (*Bullet. de Thérap.*, t. XXXVI, p. 486 et 487.)

Celle au goudron en a davantage ([1]). L'huile de cade m'a paru préférable. La pommade à l'iodure de soufre a provoqué un érysipèle ([2]). On a prescrit la teinture d'iode comme topique; elle a produit une irritation vive, mais elle peut opérer une modification avantageuse ([3]).

Les fumigations sulfureuses ([4]), secondées par les bains chauds, les vapeurs de sulfure de zinc et d'iode ([5]), paraissent avoir été utiles ([6]).

Des moyens plus simples ont été préconisés. Thomas Morison imbibait une éponge dans de l'eau tiède et la roulait dans de l'avoine concassée pour en frictionner deux ou trois fois par jour la partie affectée, laquelle était ensuite ointe avec de l'huile de pieds de bœuf ([7]). Ce procédé peut suffire dans le psoriasis léger et commençant. Il doit échouer dans la majorité des cas.

On a proposé l'application d'un vésicatoire sur la partie atteinte de psoriasis. Ce moyen ne peut convenir que quand la maladie est limitée, comme dans le psoriasis palmaire. Cette variété a été combattue avec succès par une pommade avec le proto-iodure de mercure ([8]).

On a aussi mis en pratique la cautérisation avec le nitrate d'argent des surfaces dépouillées de squames. J'ai trouvé plus efficace l'action de la potasse caustique et de la poudre de Vienne. On jugera peut-être ces moyens trop actifs ou trop douloureux; mais qu'on veuille bien ne pas perdre de vue

([1]) Elle irrite souvent. (Obs. de Chassinat; *Gaz. méd.*, 1836, t. IV, p. 45.) — Émery employait une pommade composée de : axonge 120 gr.; goudron 30 gr., et les bains sulfureux, avec un fréquent succès. (*Bullet. de Thérap.*, t. X, p. 358; t. XI, p. 216, et t. XXXVI, p. 484.) Il a essayé aussi la naphtaline avec avantage. (*Ibid.*, t. XXIII, p. 17.)

([2]) Émery; *Bullet. de Thérap.*, t. XXXVI, p. 485.

([3]) Hoffbaener; *Gaz. méd.*, 1848, p. 13.

([4]) Plumbe; *Diseases of the skin*, p. 192.

([5]) Walker; *The Lancet*. (*Gaz. méd.*, t. VI, p. 56.)

([6]) Kirkebride; *American Journ.* (*Gaz. des Hôpit.*, t. XI, p. 149.)

([7]) *Edinb. Journal*, t. XVI, p. 525.

([8]) Cazenave; *Bullet. de Thérap.*, t. XXI, p. 386. — Le même moyen a été employé sur d'autres surfaces avec succès, par Maury (*Ibid.*, t. XIII, p. 12), sans succès, par Émery. (*Ibid.*, t. XIX, p. 133.)

l'opiniâtreté de la maladie et l'insuffisance des agents ordinaires. Il faut désorganiser la surface du derme pour empêcher le retour des squames. Du reste, les deux faits suivants, appartenant au psoriasis circiné ou lèpre, donneront une idée de l'efficacité de ce traitement.

1re Observation. — Françoise M..., âgée de dix-huit ans, native de Saint-Martin de Cognac (Charente), lingère, douée d'une conformation régulière et d'un tempérament sanguin, cheveux noirs et peau brune, se nourrissait habituellement de viandes salées. Elle avait été faible jusqu'à l'âge de dix ans; elle fut menstruée à treize, puis elle eut une aménorrhée qui dura un an.

A huit ans, il survint à la fesse gauche un petit cercle rouge et saillant. Le cercle s'agrandissait par une extension très-lente et se couvrait d'écailles successivement renouvelées. Le centre du cercle avait repris l'état normal. Pendant dix ans d'un accroissement graduel, la fesse dans toute son étendue, et le cinquième supérieur de la cuisse, avaient été envahis. L'exanthème avait dépassé en arrière la ligne médiane et avait gagné la fesse droite. Depuis six mois, le cercle s'était divisé en plaques isolées. Un prurit intense avait constamment accompagné cette dermatose, et un suintement s'était souvent établi à sa circonférence, ou sous les squames, qui alors se détachaient plus aisément. Malgré cette altération, la malade n'éprouvait aucune gêne pour marcher ni pour s'asseoir. Elle avait pris de nombreux bains sulfureux, des tisanes et des pilules dépuratives, etc. Elle entra à l'hôpital Saint-André le 25 décembre 1846. Le cercle décrit sur la région pelvi-trokantérienne gauche et sur la cuisse avait 29 centimètres de haut en bas et 51 dans le sens transversal; il formait une bande de 5 à 4 centimètres de largeur. Dans le centre, la peau, revenue à un état presque normal, était recouverte de petites squames très-minces analogues à celles du pityriasis. Le cercle était formé de plusieurs plaques allongées, distinctes, irrégulières; la peau y était épaissie et rouge; les squames y étaient dures, sèches et adhérentes. Les plaques les plus petites étaient placées à la partie postérieure du cercle. L'état général de la malade était satisfaisant.

Le traitement consista d'abord en cataplasmes émollients sur la partie affectée, cautérisations avec le nitrate d'argent, bains sulfureux, bains avec le sublimé corrosif, pilules asiatiques, etc.

Les surfaces, plusieurs fois cautérisées, se boursoufflèrent et devinrent rouges. (Bains avec le carbonate de soude, cataplasmes de riz, cérat soufré.)

Ces divers moyens furent alternativement employés jusqu'aux pre-

miers jours de mars 1847. Malgré les cautérisations avec le nitrate d'argent, les squames se reformaient sans cesse. Alors je prescrivis l'application successive de couches très-minces de pâte de Vienne sur toutes les plaques du psoriasis. Il en résulta une série d'eschares larges et assez épaisses. Les douleurs étant très-vives, les cataplasmes de riz furent maintenus sur les parties cautérisées; l'insomnie fut combattue par les hypnotiques; il n'y eut pas de fièvre. A mesure que les eschares se détachaient, les surfaces ulcérées étaient saupoudrées avec le calomel. L'aspect de ces surfaces était devenu meilleur; on y apercevait des granulations rougeâtres, d'où s'écoulait une abondante suppuration. On revint aux bains de bi-chlorure de mercure, alternés avec des bains émollients. Les parties cautérisées, qui avaient offert des dépressions considérables, s'élevèrent au niveau de la peau environnante. Quelques points trop saillants furent réprimés avec le nitrate d'argent. Plusieurs plaques, qui n'avaient pas été suffisamment cautérisées, le furent de nouveau, dans le mois d'avril, avec la poudre de Vienne. Les eschares se détachèrent; il se forma une abondante suppuration. Quelques points du centre des plaques ayant paru encore durs et réfractaires, une troisième application de caustique de Vienne fut faite pour compléter la seconde.

Vers le milieu de juin, on remarqua que les surfaces ainsi renouvelées étaient moins rouges, suppuraient à peine, et ne se recouvraient que de squames fort minces. On reprit l'emploi des bains sulfureux.

En juillet, un épiderme normal recouvrit quelques points; mais en d'autres, il prenait encore l'aspect écailleux. Ceux-ci correspondaient à quelques indurations circonscrites. Un crayon de potasse caustique fut momentanément apposé sur ces points, qu'on recouvrit ensuite de cataplasmes de riz. Le soir, il y eut de la fièvre. La menstruation, qui jusqu'alors avait été très-régulière, n'eut pas lieu. L'épigastre devint douloureux, la fièvre augmenta et n'amena aucune sueur. (Bains simples prolongés, calomel sur les plaies.)

Dans le mois d'août, les règles et la santé générale se rétablirent. Les squames ne se reproduisirent sur aucun point; une cicatrice solide se forma; il resta toutefois pendant quelque temps une rougeur assez prononcée sur tous les points énergiquement cautérisés. Cette rougeur diminua notablement, et la malade quitta le service le 7 septembre.

II[e] Obs. — Laure C..., âgée de vingt-deux ans, née à Coutras (Gironde), habitant Bordeaux depuis huit ans, corsetière, paraît être d'une bonne constitution et d'un tempérament sanguin; menstruée à l'âge de dix-sept ans, elle l'a été régulièrement depuis. Sa mère avait eu des affections dartreuses; elle-même avait éprouvé dans son enfance des maladies cutanées de même nature. On lui mit alors un vésicatoire

au bras gauche, et cet exutoire est devenu le point de départ de la dermatose actuelle. C'est à l'âge de quinze ans que cette surface excoriée se recouvrit d'écailles successivement enlevées par le frottement, et bientôt reproduites ; à chaque nouvelle apparition, ces squames étaient plus épaisses, surtout vers la circonférence du vésicatoire ; en même temps, vers le milieu, la peau reprenait son état normal. Cette sorte d'anneau ellipsoïde s'élargissant dans tous les sens, envahit le bras et une partie de l'avant-bras.

A l'âge de dix-sept ans, une éruption absolument semblable se forma sur le bras droit sans avoir été provoquée par un exutoire quelconque. Ce nouveau psoriasis circiné était composé de plaques couvertes de squames épaisses, sèches et d'une couleur blanche-grisâtre.

Ces affections cutanées ont toujours progressé, mais fort lentement. A l'âge de vingt ans, il s'est formé au côté interne du coude gauche une première tumeur ; puis, à quelques centimètres au-dessus, une seconde ; tout récemment, d'autres éminences se sont prononcées au-devant et au-dessous de l'oreille gauche, sur l'épaule du même côté, et enfin deux autres sous le menton, près de la ligne médiane. Ces tumeurs, de la grosseur moyenne d'une noix, étaient les unes dures, les autres molles, et quelques-unes offraient l'apparence d'un commencement de fluctuation. Le traitement avait consisté en cautérisations légères avec une solution de nitrate d'argent, sirops de Portal, de Larrey, et sirop de salsepareille ; bains sulfureux et bains de rivière.

La malade fut admise dans mon service le 14 mars 1847. Quelques-unes des tumeurs signalées sont ouvertes par la lancette et laissent sortir un fluide jaunâtre, purulent. Sur le lobe du nez se voient des croûtes de psoriasis. Des bains simples font détacher quelques croûtes squameuses sur les bras, et alors on voit des surfaces rouges, dénudées, faisant une saillie marquée au-dessus du niveau de la peau ; elles deviennent bientôt sèches et rudes au toucher, puis se couvrent de nouvelles écailles. (Bains avec carbonate de soude.) Plusieurs abcès sont ouverts ; le pus évacué est épais et abondant. (Potion avec alcoolature d'aconit ; bains avec le bi-chlorure de mercure ; pommade au goudron sur les surfaces malades.)

En mai, plusieurs abcès étaient guéris, d'autres présentaient des ulcérations creuses et à bords arrondis. Le crayon de potasse est appliqué sur le psoriasis du nez, et à diverses reprises sur ceux des bras.

En juin, les deux tumeurs sous-mentonnières s'ouvrent. (Bains sulfureux continués chaque jour ; pilules avec calomel, soufre doré d'antimoine et extraits d'aconit et de fumeterre.) Quelques surfaces atteintes par le psoriasis tendent à se cicatriser.

En juillet, la potasse est de nouveau passée lentement plusieurs fois, et avec une légère pression, sur les bras et de plus sur l'aile gauche

du nez, où le psoriasis s'est manifesté. Muqueuse de la narine gauche boursoufflée.

Après la chute des eschares, on remarque moins de dureté et un meilleur aspect des surfaces ; elles sont unies, régulières et de couleur rosée. Les ouvertures des abcès se sont fermées et présentent des cicatrices solides. L'état général de la malade est heureusemant modifié.

Dans le mois d'août, il se manifeste un mouvement fébrile et quelques symptômes d'irritation gastrique. Le traitement actif est suspendu. (Bains simples, calomel sur les points qui ont été cautérisés.). Amélioration notable, travail progressif de cicatrisation solide sur presque toute l'étendue des plaques. La malade, voyant sa guérison très-prochaine, voulut sortir le 19 août 1847. Elle continua les bains sulfureux longtemps. Arrivée à un état très-satisfaisant, elle se maria; elle vint chez moi en 1849, elle était délivrée de son psoriasis et enceinte de six mois.

Voilà deux lèpres vulgaires de grande dimension, fort anciennes et cependant guéries. La seconde offrait la complication des diathèses scrofuleuse et herpétique. Il est à remarquer que la poudre de Vienne chez l'une, et le passage fréquent du crayon de potasse caustique chez l'autre, ont produit sur les surfaces qui servaient de support à d'épaisses squames une plus heureuse modification que le nitrate d'argent. C'est qu'il fallait profondément atteindre ces surfaces dénaturées. Je crois qu'on doit aussi mettre en ligne de compte le long usage des bains sulfureux, celui des bains mercuriels, les pilules arsenicales et les préparations antimoniales. La seconde observation présente le fait curieux du développement symétrique du psoriasis aux deux bras, l'un après l'autre, et pour le second sans provocation locale.

§ III. — Herpétides vésiculeuses.

I. — PSYDRACIA.

J'ai été plusieurs fois consulté par des individus de l'un ou de l'autre sexe, pour des éruptions cutanées formées de vésicules ou même de pustules petites, discrètes et sans rougeur, présentant d'assez grandes analogies de forme et d'aspect avec celles de la gale. Cette affection, toujours chronique, sié-

geait indifféremment sur diverses parties. Je l'ai vue sur le milieu des membres et quelquefois aux mains ; elle s'est aussi manifestée aux parties génitales. Elle était accompagnée de prurit, mais pas plus la nuit que le jour ; elle n'était nullement contagieuse. Ce genre d'exanthème chronique est le *psydracia* de J.-P. Frank [1].

Le mot *psydracia*, dont la signification était jadis peu précise, et qui s'appliquait à des tumeurs petites et dures [2], est employé dans la nomenclature de Willan et de Bateman pour désigner d'une manière générale des pustules peu proéminentes, croûteuses, non contagieuses et apyrétiques [3], par opposition à l'expression de *pustules phlyzaciées*, qui sert à désigner de petites tumeurs de nature inflammatoire [4].

Sans accorder une trop grande importance au genre d'affection cutanée dont il s'agit, et auquel pourrait être rattaché l'herpès scabioïde d'Alibert [5], je pense qu'on aurait tort de le passer entièrement sous silence.

Selon Frank, le psydracia se manifeste par suite de causes nombreuses dont cet auteur fait une exposition peu méthodique.

Parmi ces causes on peut placer : 1° la suppression des règles qui a donné lieu à une affection psoriforme [6] ; 2° l'irritation cutanée qui succède à la gale après la destruction de l'acarus ; 3° la diathèse herpétique, qui en fournit l'occasion la plus fréquente chez les individus exposés aux vicissitudes de température, comme les forgerons, cuisiniers, etc., et ceux dont la peau est en contact avec certains corps irritants, comme la laine grasse, le crin non encore nettoyé, etc.

Le psydracia se distingue du lichen, du prurigo, par la présence des vésicules ; de l'herpès, par leur petitesse et leur disposition, ou par des pustules toujours discrètes et disséminées ; de l'impétigo, par l'absence de croûtes épaisses, etc.

(1) *Epitome*, lib. IV, p. 184. — Voyez aussi Joseph Frank ; *Praxeos*, vol. II, pars Ia, p. 482.
(2) Lorry ; *De morbis cutaneis*, p. 480.
(3) Bateman, p. 145.
(4) *Ibid.*, p. 181.
(5) *Dermatoses*, p. 359.
(6) Obs. de Melchior Fribe ; *Ephem. nat. cur.* (*Collect. acad.*, part. étrang., t. III, p. 122.)

La durée de cette affection est toujours assez longue.

Le traitement consiste dans l'usage des bains, successivement émollients, alcalins et surtout sulfureux, des boissons délayantes et dépuratives, d'un régime tempérant et de quelques purgatifs.

II. — ECZÉMA CHRONIQUE.

L'eczéma chronique est l'une des affections herpétiques les plus fréquentes. C'est le type de la famille des dartres. Alibert l'avait appelé *dartre squameuse humide*, nom qui vaut presque une définition. L'eczéma appartient à l'ordre des vésicules; mais bientôt celles-ci se rompent. On ne voit qu'une surface large, rouge et lisse, souvent couverte de croûtes d'un jaune-grisâtre, et de laquelle suinte une sérosité d'abord presque incolore, puis rousse et même sanieuse.

Cette affection a été étudiée avec soin dans quelques dissertations ([1]), dans divers articles de journaux ([2]) et dans les traités spéciaux de maladies cutanées. La pratique en offre des exemples très-nombreux. A la clinique, il a été recueilli 117 observations

a. — Causes de l'eczéma chronique. — L'eczéma chronique est souvent héréditaire ([3]).

Tous les âges sont sujets à cette maladie. Billard l'a vue se développer peu de temps après la naissance ([4]). Elle s'observe surtout, d'après M. Devergie, de vingt-cinq à quarante-cinq ans ([5]). Mes observations se partagent ainsi : 63 ont été recueillies sur des individus âgés de dix à trente ans; 54 sur des sujets ayant de trente à soixante-dix ans. C'est surtout entre vingt et trente ans que se trouve la plus forte proportion.

([1]) Levain; Thèses de Paris, 1830, nº 51. — Jeannoël; Thèses de Strasbourg, 1842, nº 99.

([2]) Émery; *Bullet. de Thérap.*, t. XXIII, p. 92. — Obs. par Cossy; *Archives*, 4e série, t. XI, p. 318. — Cazenave; *Annales des maladies de la peau*, t. I, p. 245, 247, 305; t. II, p. 159; t. III, p. 104, 253; t. IV, p. 157, 236, etc.

([3]) Émery, p. 93.

([4]) *Maladies des enfants nouveau-nés et à la mamelle*, p. 150.

([5]) *Maladies de la peau*, p. 248.

Quant au sexe, j'ai constaté une assez grande inégalité : 77 hommes et 40 femmes. Ce résultat diffère de ceux de plusieurs autres observateurs. Émery établit que les femmes sont plus sujettes à l'eczéma que les hommes (1). On voit cette maladie se manifester quelquefois à la première apparition des règles, quand celles-ci s'établissent difficilement; plus souvent à l'âge critique (2). Elle est liée fréquemment aux troubles de la menstruation (3).

L'eczéma se manifeste surtout chez les individus d'un tempérament lymphatique (4). M. Devergie dit que dans 542 cas ce tempérament était exclusivement dominant pour 175, lié au sanguin pour 195, et au nerveux pour 53.

Parmi les diverses professions, il en est qui ont paru disposer à l'eczéma chronique. Telles sont celles de cocher, de charretier, de journalier (5). Mes observations portent sur des cultivateurs, des vignerons, des laboureurs, des terrassiers, sur des domestiques et surtout des cuisinières; puis viennent des meuniers et boulangers, des tailleurs et couturières, des cardeurs de laine et des matelassiers, des forgerons, cloutiers, serruriers, etc. L'eczéma se montre dans tous les rangs de la société. On le voit chez des personnes opulentes.

Toutes les circonstances qui augmentent l'irritabilité de la peau disposent à l'eczéma chronique. Voilà pourquoi le contact de certains corps le provoque. Bateman fait remarquer que la maladie nommée *gale des épiciers* peut se rapporter à l'eczéma ; que le contact de la chaux chez les maçons, de la poudre d'acier chez les fabricants de limes, produisent des effets du même genre (6). On peut ajouter que l'action continue du feu a les mêmes conséquences chez les cuisiniers (7).

On voit les vésicatoires dits de précaution, mis sur les

(1) *Bullet. de Thérap.*, t. XXIII, p. 93.
(2) Cazenave; *Annales*, t. IV, p. 238.
(3) *Ibid.*, t. I, p. 246.
(4) *Ibid.*, t. IV, p. 238.
(5) Devergie, p. 248.
(6) *On cutaneous diseases*, p. 254.
(7) Gibert, p. 161.

jambes des jeunes enfants, y développer des inflammations eczémateuses qui se perpétuent autant que les exutoires eux-mêmes ([1]).

L'eczéma se montre aussi à la suite de la gale ([2]), ou de la variole, ou d'autres affections cutanées.

Les causes générales paraissent contribuer pour une plus large part au développement de cette affection. Les habitations insalubres ([3]), la malpropreté, un mauvais régime, l'abus des stimulants, des spiritueux, un état habituel d'excitation des voies digestives, la constipation, le trouble des sécrétions, les affections morales vives, surtout les chagrins, sont des causes assez fréquentes de l'eczéma, qui semble se manifester de préférence ou s'exaspérer sous l'influence de certaines conditions atmosphériques. C'est en hiver et en été que M. Devergie l'a vu surtout se manifester ([4]); mais il est assez difficile de se prononcer à cet égard : la maladie existe déjà depuis longtemps lorsque le malade se présente à l'hôpital, ou qu'il réclame les conseils d'un médecin.

Ainsi, les individus atteints d'eczéma qui se sont présentés dans mon service, en étaient tourmentés depuis un, deux, trois, quatre, cinq, six, huit mois, un an, dix-huit mois, deux ans, trois ans, quatorze ans, dix-huit ans.

Ils sont entrés dans les mois :

De Janvier, au nombre de..	6	De Juillet................	13
Février...............	7	Août..................	2
Mars..................	16	Septembre............	6
Avril..................	11	Octobre...............	11
Mai....................	10	Novembre.............	3
Juin...................	17	Décembre.............	8

Or, ces époques ne signalent que l'exaspération de la maladie, obligeant les sujets à entrer à l'hôpital. Une recherche

([1]) Émery, p. 93.

([2]) D'après M. Devergie, la gale a précédé l'eczéma 205 fois sur 469. (P. 248.)

([3]) M. Devergie note que 126 malades sur 582 demeuraient dans des habitations malsaines. (*Ibidem.*)

([4]) P. 249.

exacte de l'époque de l'invasion de l'eczéma n'a pu donner de résultats précis pour tous les cas, les souvenirs des malades étant souvent infidèles. Mais il nous a paru, par suite de cette investigation, que c'est dans les mois de février, mars et décembre, que l'eczéma apparaît le plus souvent; puis en septembre, novembre et août; plus rarement en janvier et mai; plus rarement encore en avril, juin, juillet et octobre.

b. — Symptômes de l'eczéma chronique. — On observe rarement le début de l'eczéma chronique, qui commence par quelques vésicules petites et rapprochées, produisant du prurit, et dont le développement peut s'accompagner de chaleur, de malaise et d'un mouvement fébrile.

Quand la maladie est déjà dans son cours, on constate l'état suivant :

1° La peau, dans les parties affectées, est ordinairement recouverte de croûtes ou squames plus ou moins épaisses, ou minces, jaunâtres ou grisâtres, ou blanchâtres, ressemblant parfois à des lamelles d'épiderme; mais elles ne sont en réalité que le produit de la concrétion du fluide fourni par la surface malade. Ces croûtes sont assez adhérentes quand elles sont sèches et récentes. Elles se détachent facilement lorsqu'elles ont été ramollies par un corps humide ou gras.

2° De la partie affectée suinte habituellement un fluide séreux, roussâtre ou grisâtre, qui tache le linge dans lequel il est reçu, et lui donne un peu de roideur. Cette exsudation répand une odeur fade, rance, désagréable. La quantité en est variable. Elle semble quelquefois tarie, puis elle reprend avec activité, principalement quand elle est provoquée par une excitation locale.

3° Lorsque les croûtes ont été détachées, on voit une surface ordinairement rouge, lisse, humide si elle a été quelque temps couverte, sèche si elle a subi le contact de l'air. On dirait un vésicatoire en pleine suppuration ou qui tend à se dessécher.

4° Le derme, sous l'influence de l'eczéma chronique, présente quelques modifications. Il perd de sa souplesse, de son

extensibilité; ses plicatures normales s'effacent; son épaisseur augmente et en même temps sa consistance diminue; il se ramollit; sa surface se gerce, se fendille. Les mouvements des parties voisines deviennent difficiles et douloureux.

5° Un sentiment de picotement, de démangeaison, provoque le plus souvent des pressions, des frictions, et occasionne ensuite une cuisson douloureuse. C'est souvent pendant le sommeil, et automatiquement, que le malade exerce les frottements.

6° Il n'existe le plus souvent ni phénomène fébrile ni lésion des voies digestives, à moins de complications; mais il y a de l'insomnie et une fatigue nerveuse très-prononcée.

7° L'eczéma chronique tend à se propager sur les parties qui en étaient primitivement exemptes. On a alors l'occasion de voir se former les vésicules initiales. Le suintement, la rougeur, les croûtes, ne tardent pas à se manifester. Souvent, lorsque la maladie gagne d'un côté, elle perd de l'autre.

8° Sous l'influence d'un traitement approprié, de circonstances hygiéniques favorables, d'un changement de saison et de température, l'eczéma chronique diminue, la rougeur s'efface, le suintement devient presque nul, les nouvelles croûtes restent très-minces, enfin l'épiderme se reforme et le prurit disparaît. Mais il est rare que cette terminaison soit définitive. Rien n'est plus ordinaire que les récidives de cette affection. On peut observer longtemps des alternatives de guérison apparente et de recrudescence. On a cru remarquer que le printemps et l'automne coïncidaient avec les retours ou avec l'accroissement d'intensité de l'eczéma. En général, les temps humides, les vents de sud et d'ouest, rendent la démangeaison plus vive, et l'exsudation plus abondante.

Certaines révolutions organiques modifient la marche de l'eczéma. Telle est la grossesse. Pendant sa durée, la maladie peut décroître, pour reparaître ensuite avec force, surtout si l'allaitement n'a pas lieu.

c. — **Diagnostic de l'eczéma chronique.**—Le diagnostic se déduit aisément des considérations et des remarques qui précèdent.

La durée de la maladie, le suintement qu'elle provoque, la démangeaison qui l'accompagne, l'aspect des croûtes et des surfaces excoriées, ne peuvent laisser le moindre doute.

Ces caractères le distinguent de l'herpès, qui a une localisation, des formes et une marche bien déterminées ; de la pellagre, qui ne provoque ni démangeaison, ni suintement ; du psoriasis et du pityriasis, qui sont exempts de suintement, et dont les squames sont sèches et de nature épidermique.

L'impétigo diffère de l'eczéma par la présence de pustules distinctes et de croûtes épaisses. Mais ces affections se compliquent quelquefois réciproquement ; plusieurs des observations que j'ai recueillies portent le titre d'*eczéma impétigineux*.

Une grande analogie rapproche l'eczéma chronique du pemphigus chronique ; j'en montrerai toutefois les différences. Mais ces affections peuvent se réunir, et elles présentent alors de la gravité, comme dans le fait suivant, où l'eczéma me parut mériter l'épithète de *pemphigoïde*.

Obs. — M. X..., âgé de soixante ans, de haute taille et fortement constitué, s'occupant de la gestion d'une vaste propriété rurale, est sujet à un eczéma très-rebelle occupant successivement diverses régions. Cet exanthème s'était manifesté aux pieds et aux mains. Il avait produit des vésicules très-petites, et de plus des bulles pisiformes. Il s'était formé de ces dernières à la plante des pieds, où elles étaient plus larges, et très-rapprochées. L'épiderme était soulevé sur les côtés interne et externe du pied. Le malade n'en essayait pas moins de marcher, quoique en souffrant ; mais bientôt les pieds se sont tuméfiés, sont devenus très-rouges, très-douloureux. J'ai trouvé alors la surface plantaire couverte de larges phlyctènes contenant un fluide brunâtre. Quelques-unes de ces phlyctènes ayant été ouvertes, j'ai fait entourer les pieds de cataplasmes de riz, et imposé l'obligation du repos et de la situation suffisamment élevée des pieds. Ayant examiné quelques jours après les parties affectées, j'ai été frappé de l'odeur putride et gangréneuse qu'elles exhalaient. Sous l'épiderme se trouvait une matière grisâtre et un fluide séreux d'un roux brunâtre. Il fallut enlever des lambeaux d'épiderme. Les foyers d'infection furent ainsi mis à nu, et ils purent être nettoyés par le moyen d'injections répétées. Je fis recouvrir les surfaces affectées avec un mélange de poudre de quinquina et de charbon ; l'odeur infecte fut notablement diminuée. Trois fois par jour la poudre, enlevée par des lotions répétées, était renouvelée. Des por-

tions d'épiderme étaient successivement enlevées. Des eschares minces ou plutôt des membranes comme diphthéritiques grisâtres étaient également détachées. La guérison a été obtenue au bout d'un mois; il y a deux ans que cette coïncidence a eu lieu. L'eczéma n'a pas reparu.

d. — **Pronostic de l'eczéma chronique.** — L'eczéma chronique est léger ou grave, salutaire ou funeste, selon les circonstances dans lesquelles il se produit. S'il est borné à des surfaces restreintes, il ne présente pas d'inconvénients sérieux pour la santé. S'il est très-étendu, s'il est général, il peut compromettre la vie.

S'il succède à quelque maladie intérieure à laquelle il a servi de crise, s'il est ancien et s'accompagne de l'intégrité et du bon état des fonctions assimilatrices, il est plutôt utile que nuisible, et doit être respecté.

On voit des individus menacés de congestions cérébrales, atteints de dyspnée, de troubles des digestions, etc., qui ne sont jamais mieux portants que si l'eczéma auquel ils sont sujets paraît s'exaspérer. La suppression de cet exanthème a été suivie du développement d'ophthalmie, d'otite, de vésanie, etc. J'ai été consulté il y a quelques années par un ancien officier en retraite habitant La Rochelle, chez qui l'eczéma alternait avec une fièvre intermittente.

L'eczéma fait en quelque sorte l'office d'un exutoire. Aussi, soit parce qu'il y aurait danger à le supprimer et qu'on ne doit pas le tenter, soit parce que cette maladie est généralement très-rebelle ou fort disposée à récidiver, celui qui en est affecté doit se résoudre à en modérer l'intensité, à en atténuer les inconvénients, à en enrayer les progrès, et on ne doit essayer de le guérir que si aucune conséquence fâcheuse n'est à redouter.

e. — **Traitement de l'eczéma chronique.** — I. Les moyens internes auxquels on a recours, sont assez nombreux. Les principaux sont :

1° Les tisanes de douce-amère, de patience, de bardane, de pensée sauvage, de scabieuse, d'écorce d'orme pyramidal.

M. Devergie emploie le sirop préparé avec cette écorce, dans laquelle se trouve une certaine quantité de tannin (1).

2° Le soufre sublimé donné sous forme de pastilles.

3° L'iodure de soufre, préconisé par M. Escolar, de Madrid (2), conseillé par M. Devergie (3) et par M. Thiry (4). Ce médicament a l'inconvénient de s'altérer promptement, dit M. Devergie, qui le donne en pilules avec suffisante quantité de sucre, de gomme arabique et d'huile d'amandes douces. La dose de cet iodure est de 5 centigrammes par pilule ; on en donne deux par jour.

3° Le calomel, qui entre dans les pilules de Turner, a quelquefois l'inconvénient de provoquer la salivation.

4° Les antimoniaux, et spécialement le soufre doré, entrent aussi dans les pilules que je viens de citer, lesquelles ont joui d'une certaine réputation. Je me suis servi un très-grand nombre de fois, et avec succès, d'une formule analogue (5). Émery employait le sulfure d'antimoine à la dose de 0gr20 par jour, avec 0gr40 d'extrait de douce-amère (6). C'est un bon médicament. J'ai fait préparer un sirop dans lequel entrent le fondant de Rotrou et la salsepareille. Il a produit d'excellents effets.

4° L'arsenic et surtout la solution de Fowler ont été préconisés. J'ai prescrit très-souvent les pilules asiatiques, et avec un succès évident, même pour des eczéma très-étendus et fort anciens.

(1) *Maladies de la peau*, p. 724.

(2) *Union médicale*, 1847, p. 436. — *Revue méd.*, 1847, t. III, p. 484.

(3) P. 252.

(4) *Presse médicale belge*. (*Journ. des Connaiss. méd.-chir.*, 1850, p. 43.)

(5) Je prescris :

Extrait de fumeterre..............	aa 4 gr.
— de ménianthe.............	
Soufre doré d'antimoine..........	0 gr. 60
Calomel...........................	2,
Scammonée........................	1,

Mêlez et divisez en 60 pilules. On commence par une tous les matins, à jeun, et on augmente d'une tous les cinq à six jours, jusqu'à ce qu'elles produisent deux ou trois selles par jour. Alors on s'en tient à cette dose.

(6) *Bullet. de Thérap.*, t. XXIII, p. 100.

5° Il est bon d'employer les purgatifs de temps à autre, si le médicament auquel on s'adresse ne produit pas d'évacuations habituelles. Les pilules de Belloste sont alors d'un emploi fort avantageux. L'eau de sedlitz est préférée par quelques praticiens.

Ces divers médicaments sont contre-indiqués par le mauvais état des voies digestives, par la diarrhée, par la disposition au vomissement, par les coliques et les flatuosités intestinales.

II. Parmi les moyens généraux, les bains sont d'une utilité reconnue.

1° On a employé les bains chauds simples [1];

2° Les bains alcalins [2];

3° Les bains acides [3];

4° Les bains sulfureux artificiels. Ces derniers sont d'un usage très-fréquent. Je ne conçois pas les craintes qu'ils inspiraient à Émery [4]. On doit commencer par une faible dose de sulfure, celle de 60 ou 70 grammes, pour un bain entier, et on augmente graduellement jusqu'à 100 et même 120 grammes. Je me suis assuré que le sulfure de potassium est aussi efficace que celui de sodium. J'emploie aussi à l'hôpital le sulfure de calcium avec succès. Les bains sulfureux presque quotidiens constituent la base du traitement. Quelquefois on les remplace momentanément par des bains émollients.

5° Les bains sulfureux naturels sont aussi d'une efficacité incontestable. Chaque année, on voit s'accomplir à Bagnères-de-Luchon [5], à Baréges, à Cauterets, à Ax, à Molitg, des guérisons remarquables.

III. Divers moyens locaux ont été recommandés. Tels sont : 1° Le cérat soufré, auquel on est bientôt obligé de renoncer,

(1) Phillips se servait en même temps de la solution arsenicale. (*Medical Times*, t. XII, p. 194.)

(2) Cazenave; *Annales*, t. I, p. 247.

(3) Avec acide sulfurique, 60, 90, ou 120 grammes. (Gerdy; thèse, 1837, n° 128, p. 26.)

(4) *L. c.*, p. 102.

(5) Voyez les Observations de M. Fontan; *Bullet. de l'Acad. de Méd.*, t. X, p. 715.

parce qu'il augmente la fétidité de la matière sécrétée; 2° les pommades alcalines (carbonate de soude, 0,50 à 1 gr., et axonge 30,); 3° des lotions alcalines (solution aqueuse de carbonate de soude ou de potasse, 1 pour 100); 4° l'application de compresses imbibées de la solution de sous-borate de soude ([1]); 5° les solutions d'alun; 6° celles de bi-chlorure de mercure; 7° l'eau phagédénique; 8° l'eau vinaigrée (eau 1,000, vinaigre 30,) ([2]). Ces topiques sont plus ou moins excitants; on ne doit s'en servir que s'il est nécessaire de stimuler les parties affectées.

9° Dans le même but on a appliqué un épispastique sur les surfaces dont il fallait modifier la vitalité, et on a réussi dans quelques cas d'eczéma rubrum ([3]). On a également eu recours à l'eau très-chaude, presque bouillante, dont on a imbibé des compresses exactement appliquées sur l'eczéma et recouvertes d'un morceau d'étoffe de soie huilée, pour prévenir une trop rapide évaporation ([4]). On a aussi brossé très-rudement les surfaces malades. Dans un cas extrêmement rebelle, on a ajouté à l'action de la brosse celle d'une liqueur dont la composition est demeurée secrète, mais qui paraît avoir opéré d'une manière réellement avantageuse ([5]). Ces moyens auraient, dans la plupart des cas, les plus graves inconvénients, et d'ailleurs il y a bien assez des doigts et des ongles des malades pour accroître une irritation qui m'a toujours paru plus fâcheuse qu'utile.

10° J'emploie avec succès le sous-nitrate de bismuth, l'oxyde de zinc ou le calomel, dont on saupoudre les surfaces affectées. Ces moyens conviennent lorsque l'eczéma est peu étendu et ne s'accompagne pas d'une exsudation abondante. On détache d'abord les croûtes par le moyen d'un cataplasme de

([1]) Cazenave; *Annales*, t. III, p. 105.

([2]) Devergie; *Maladies de la peau*, p. 255.

([3]) Masset de Sainte-Terre; *Union médicale*, 1854, p. 344; — et *Revue méd.-chir.*, t. XVI, p. 101.

([4]) Benj. Phillips; *London med. Gaz.*, 1845. (*Journ. des Connaiss. méd.-chir.*, 1845, p. 204.)

([5]) Cossy; *Archives*, 4e série, t. XI, p. 318.

riz. On peut encore se servir d'un mélange de ces corps avec la glycérine (1).

11° Une cautérisation superficielle avec le nitrate d'argent convient encore dans des circonstances analogues, et quand l'irritation locale est peu vive. Il m'a paru très-utile de saupoudrer de calomel les surfaces touchées avec le nitrate d'argent; il se forme une croûte sèche, sous laquelle l'épiderme reprend son état normal.

12° On peut employer aussi des pommades avec le tannin, le sous-nitrate de bismuth et le sous-acétate de plomb cristallisé. M. Devergie ajoute encore soit du camphre, soit du chloroforme, pour combattre la démangeaison.

13° La décoction de suie avait été chaudement recommandée par Blaud, de Beaucaire (2). Elle a été quelquefois utile.

14° M. Serre, d'Alais, a fait connaître l'utilité de l'huile de cade, remède vulgaire dans le Languedoc (3). Cette huile, fournie par la distillation du bois de genévrier *(Juniperus oxycedrus)*, est légèrement excitante. On en badigeonne la surface de l'eczéma tous les jours, ou plus rarement si elle produit de la chaleur et de la rougeur (4). L'exsudation diminue et se modifie. J'ai constaté un grand nombre de fois une amélioration notable dans les eczéma qui occupent de larges surfaces et qui ne sont pas irrités. On peut d'ailleurs mêler à l'huile de cade une certaine proportion de glycérine. M. Devergie a employé, comparativement avec l'huile de cade, l'huile pyrogenée de houille mêlée avec quatre fois son poids d'eau distillée; mais celle-ci s'est montrée plus irritante (5).

(1) Je prescris :

Glycérine........................	20 gr.
Oxyde de zinc....................	10,
Calomel...........................	5.

Si la partie sur laquelle ce médicament doit être appliqué est à découvert, comme le visage, et que les malades désirent rendre moins apparent ce topique, j'y fais ajouter : précipité rouge, 2 grammes; turbith minéral, 1 gramme.

(2) *Revue méd.*, 1834, t. II, p. 379.

(3) *Bullet. de Thérap.*, t. XXX, p. 85.

(4) M. Devergie dit tous les trois jours, et recommande d'essayer avec du coton sec. (*Maladies de la peau*, p. 256.)

(5) *Bullet. de Thérap.*, t. XXXI, p. 18.

15° On a cru retirer quelque avantage de l'emploi du collodion uni au perchlorure de fer. Je l'ai essayé sans résultats positifs.

16° On s'est encore servi d'une solution de gutta-percha dans le chloroforme, pour soustraire la partie affectée au contact de l'air. M. Robert a vu l'application de cette sorte de vernis produire une assez rapide amélioration ([1]).

17° Lorsque l'eczéma chronique occupe les membres inférieurs, s'il se complique de varices, d'engorgement œdémateux du tissu cellulaire, il est très-convenable d'employer un bandage compressif, depuis le pied jusqu'à la partie affectée. Cette compression méthodique est un excellent résolutif, en même temps qu'elle calme le prurit. M. Devergie s'est servi d'un bandage dextriné laissé en place pendant trois jours. Je pense que la dextrine est inutile ; elle peut occasionner une roideur incommode. Il vaut mieux refaire le bandage tous les jours. Du reste, ce bandage ne doit pas empêcher les malades de garder le repos et même la position horizontale, précaution si nécessaire dans le traitement des affections des membres inférieurs.

f. — **Variétés de l'eczéma chronique.** — Des différences assez notables s'observent dans les phénomènes et la marche de l'eczéma, selon diverses circonstances qu'il est nécessaire de mentionner. Cet exanthème présente un mode spécial, selon qu'il affecte le cuir chevelu et la face, l'oricule et le conduit auditif, le mamelon, les aissèles, le dos des mains, l'ombilic, l'anus et les parties génitales, ou enfin qu'il est général.

I. Eczéma chronique de la face et du cuir chevelu des jeunes enfants, ou croûte de lait. — L'eczéma de la face et du cuir chevelu présente dans la première enfance un cachet particulier, qui empêche de le confondre avec celui des âges suivants. Mais cette maladie est loin de se montrer avec des apparences toujours semblables. Aussi existe-t-il dans la mention qui en est

([1]) *Gaz. méd. de Strasbourg.* (*Bullet. de Thérap.*, t. XXXVIII, p. 277.)

faite par les auteurs des différences d'opinions et de dénominations peu propres à éclairer l'histoire de cette maladie.

Les anciens se sont servis du mot *achores* (ἀχῶρες) pour indiquer des ulcérations fluentes *(manantia ulcera)* de la peau du crâne et de la face des jeunes enfants, présentant de très-petites perforations des téguments, par lesquelles suinte une sanie ténue et glutineuse ([1]). Lorry a employé la même dénomination, et traité séparément des achores, du *lactumen* de Manard et de la croûte laiteuse, tandis qu'il rapproche des premiers le favus, qui en diffère essentiellement ([2]).

Sauvages a compris sous un titre commun les achores, *tinea lactea, lactumina* ou croûte de lait, le feu volage, et les teignes ([3]), rapprochant et confondant des affections de natures très-différentes. J.-P. Frank a laissé subsister cette confusion dans le genre *teigne,* auquel il a rapporté les achores, le favus, la croûte de lait ou teigne de la face, une teigne maligne, une teigne humide et une teigne sèche ([4]).

Des écrits spéciaux avaient cependant jeté quelque lumière sur ce sujet. Strack, de Mayence, répondant à une question proposée par l'Académie de Lyon, avait présenté sur la croûte de lait de judicieuses observations, en même temps qu'il avait proposé un remède auquel il accordait une confiance trop absolue ([5]).

Wichmann, dans son important ouvrage sur le diagnostic, a consacré un chapitre à la croûte de lait et à un état morbide assez voisin qu'il appelle *croûte serpigineuse* ([6]).

Alibert, se servant du mot *achor* comme désignant l'un des genres du groupe de la famille des dermatoses teigneuses, en a distingué deux espèces, l'*achor mucifluus* et l'*achor lactu-*

([1]) Galien, lib. I, *De compos. med.*, sect. loc., cap. VIII. (Castelli; *Lexicon*, p. 8.)

([2]) *De morbis cutaneis*, p. 435. *De achoris et favis infantum.*

([3]) *Nosologia meth.*, class. X, *Cachexiæ*, t. II, p. 578.

([4]) *Epitome de cur. hom. morbis*, lib. IV, ord. XI, *tinea*, p. 191.

([5]) Car. Strack; *De crusta lactea infantum ejusdemque specifico remedio. Diss. quam scient. art. atque litt. acad. Lugd. præmio coronavit 1776.* Francof. ad Mœnum, 1779.

([6]) Ce chapitre a été traduit par Marc, dans *Bullet. des Sciences méd., publié par la Soc. méd. d'Émulat.*, 1811, t. VIII, p. 65.

minosus (1). Le premier correspond à la maladie antérieurement décrite par le même auteur sous le nom de *teigne muqueuse* (2).

On devait s'attendre que les dermatologistes anglais, Willan et Bateman, appliquant à l'étude des affections chroniques de la face et du cuir chevelu le procédé analytique dont ils avaient fait un si judicieux emploi, ne laisseraient pas dans le vague l'histoire de ces maladies. Il n'en fut rien; ils réunirent au favus, au porrigo scutulata, au porrigo decalvans, etc., la croûte de lait, sous le nom de *porrigo larvalis,* maladie essentiellement différente. Biett, tout en convenant que le genre porrigo se composait d'éléments trop divers, avait commis une erreur analogue en faisant de la croûte de lait un *impetigo larvalis*. C'était maintenir cet exanthème chronique dans l'ordre des dermatoses pustuleuses. M. Rayer crut devoir l'en séparer et le rattacher aux affections vésiculeuses, spécialement à l'eczéma (3). Une étude attentive de cette maladie m'a conduit à partager cette manière de voir. Les achores ou croûte de lait, considérés à leur début, présentent réellement des vésicules distinctes, et non des pustules; les croûtes, le suintement, le prurit, le mode d'extension et de propagation de l'éruption sont positivement ceux de l'eczéma chronique.

La croûte de lait peut le plus souvent passer pour une maladie très-bénigne; elle semble, dans certains cas, servir d'émonctoire utile; elle guérit spontanément. On a même fait de cet eczéma une sorte de maladie nécessaire, en la comparant à la gourme que jettent quelques animaux, principalement les solipèdes, sorte de dépuration après laquelle leur santé paraît meilleure (4).

C'est en suivant cette analogie et les idées qu'elle suggère,

(1) *Monographie des dermatoses*, p. 277.
(2) *Précis théorique et pratique sur les maladies de la peau*, 1810, t. I, p. 35.
(3) *Maladies de la peau*, t. I, p. 385.
(4) Les érudits assurent que le mot *gourme* vient de l'espagnol *gormar, vomir*. (Ménage; *Dictionn. étymolog.*, t. I, p. 691.)

que quelques médecins ont désigné la croûte de lait sous les noms de *gourme* ou *rache* [1]. Plus tard, cette dénomination a été étendue à toutes les affections chroniques de l'extérieur de la tête des jeunes sujets et même au favus, aux scrofules et à diverses affections syphilitiques [2]. Il serait difficile de justifier une pareille extension donnée au mot *gourmes*, qu'il faut abandonner à la pathologie vétérinaire. Néanmoins, sous ce titre de gourmes, employé il est vrai dans un sens plus restreint et comme synonyme d'*achores* ou croûte de lait, M. Trousseau a présenté d'utiles considérations, surtout relativement à la thérapie [3].

L'aperçu que je viens de présenter fait voir que l'eczéma spécial des jeunes enfants peut faire encore le sujet de recherches intéressantes.

L'*eczéma infantile* ou la croûte de lait forme une variété très-distincte à cause de l'âge auquel il se manifeste, du siége qu'il occupe, de l'aspect qu'il présente, de l'espèce d'émonctoire qu'il paraît fournir, du danger de sa répercussion et de sa guérison très-souvent spontanée. Remarquons, toutefois, que si la croûte de lait se distingue ainsi de l'eczéma ordinaire, son analogie devient évidente par sa tendance à l'envahissement, par sa fréquente opiniâtreté, par le prurit qu'elle occasionne et quelquefois par sa gravité.

Sans donner une histoire complète de cette maladie, il importe d'en examiner les principales circonstances :

1. *Causes de la croûte de lait.* — Il est rare qu'elle se montre avant le troisième mois. C'est le plus souvent du quatrième au sixième que l'éruption commence à se faire. On a remarqué qu'une dentition laborieuse contribuait à son développement [4]. Elle peut se manifester encore à l'âge d'un an, de deux ans [5] et plus tard. M. Collangettes en a observé une

[1] Duchêne; *De la gourme ou rache*. Paris, 1820, nº 108.
[2] Duchesne Duparc; *Traité complet des gourmes chez les enfants*. Paris, 1844.
[3] *Journ. de Méd.*, 1845, p. 289, 321, etc. — *Gaz. des Hôpit.*
[4] Alibert; *Précis, etc.*, p. 36.
[5] *Ibid.*, p. 40.

variété plus grave qui se développe à l'âge de quatre ou cinq ans ([1]).

Le tempérament le plus ordinaire aux jeunes enfants est lymphatique. Le volume précoce de la tête, la mollesse des tissus, la disposition à la pléthore ([2]), concourent aussi à la production de cet exanthème.

Il semble plus fréquent sous l'influence des vicissitudes atmosphériques ([3]), au printemps ou en automne. Il paraît aussi plus commun dans certaines contrées. Villar l'a vu très-répandu dans le Champsaur, vallée considérable du Dauphiné, au pied des Alpes ([4]). On l'observe souvent en Auvergne ([5]), à Lyon, où on le connaît sous le nom de *rache de lait* ([6]). Il était fréquent autrefois à Amsterdam, surtout parmi les enfants des israélites ([7]).

La croûte de lait ne paraît propre à aucune classe de la société. Je l'ai vue dans des familles fort aisées.

L'influence maternelle a paru quelquefois incontestable. Une grossesse maladive a semblé y prédisposer. Pochon, de Louhans (Saône-et-Loire), a rapporté l'exemple remarquable de deux sœurs ayant eu chacune sept enfants, dont trois furent atteints de croûte de lait; durant leur grossesse, les mères avaient pris beaucoup de remèdes dits dépuratifs, tels que bouillons amers, petit-lait, pilules Belloste, sulfate de potasse, etc. ([8]).

La diathèse herpétique peut se traduire par voie d'hérédité chez les enfants, sous la forme de croûte laiteuse; c'est un fait que j'ai constaté, ayant eu plusieurs fois à soigner, à des époques différentes, la mère et les enfants.

([1]) *Essai sur la croûte de lait*. Thèses de Paris, 1819, n° 233, p. 10.

([2]) Désessartz croyait que la pression exercée par le maillot sur les membres inférieurs devait augmenter la pléthore céphalique.

([3]) Lorry; *De morbis cutaneis*, p. 273.

([4]) *Mémoires de la Soc. royale de Méd.*, t. II, *Mém.*, p. 146.

([5]) Collangettes, *l. c.*, p. 6.

([6]) Mothe; *Actes de la Soc. de santé de Lyon*, t. I, p. 369.

([7]) Gruelmann et Krauss; *Ancien Journal*, t. XCI, p. 91.

([8]) *Annales cliniques de Montpellier*, 1804, t. VIII, p. 364.

On a reconnu également l'influence exercée par les nourrices sur la santé des enfants et en particulier sur le développement de la croûte de lait. Un violent chagrin (1), un accès de colère (2), ont des effets de ce genre. D'après une observation de Mothe, l'abus des plaisirs vénériens chez une nourrice fut bientôt suivi de l'éruption de l'eczéma du cuir chevelu de l'enfant qu'elle allaitait (3). On a cru remarquer que cette affection survenait plutôt quand les nourrices étaient menstruées, ou qu'elle présentait une recrudescence manifeste vers les époques menstruelles quand les règles ne coulaient pas.

Un lait de mauvaise qualité ou trop abondant (4), des aliments quelconques donnés pendant l'allaitement, peuvent devenir des causes de pléthore, de dyscrasie et de croûte de lait; j'ai vu ces résultats chez des enfants soumis à l'allaitement artificiel.

La diathèse scrofuleuse s'allie parfois à la diathèse herpétique pour rendre la croûte de lait plus intense et plus rebelle. Le rachitis peut coïncider avec la croûte de lait (5).

La syphilis héréditaire pourrait-elle contribuer à la production de cette maladie? Je n'ai recueilli aucun fait conduisant à une réponse affirmative. Toutefois, voici quelques remarques dignes d'être pesées : Un peintre jadis atteint de blennorrhagie mal soignée, avait eu trois enfants qui moururent dans le marasme après avoir offert un eczéma et des ulcérations sur le cuir chevelu. Le quatrième enfant fut soumis à un traitement anti-vénérien et fut sauvé. M. Duchêne, qui rapporte ce fait, dit que dans les provinces Illyriennes, la gourme est fréquente chez les enfants dont les parents ont été atteints du scherlievo (6).

La croûte de lait a quelquefois paru contagieuse. M. Duchêne a vu près de Rouen, chez une nourrice, la gourme se

(1) Alibert; *Précis*, p. 40.
(2) Collangettes, p. 7.
(3) *Actes de la Soc. de santé de Lyon*, t. I, p. 378.
(4) Lorry, p. 442.
(5) Grantham et Richardson; *London med Gaz.*, — et *Gaz. méd.*, 1848, p. 359.
(6) *Sur la gourme*, p. 11 et 14.

communiquer successivement à six nourrissons ([1]). M. Collangettes a constaté, en Auvergne, que cette affection peut coexister quelquefois chez plusieurs individus de la même famille ([2]).

Il est peu logique de faire intervenir la contagion, lorsqu'il ne s'agit que de simples coïncidences ou des effets d'une disposition constitutionnelle. Dans cette circonstance, une lésion très-simple des téguments de la tête, peut occasionner une inflammation vésiculeuse et une véritable croûte de lait ([3]). Je l'ai vue se développer après la piqûre du lobule de l'oreille pour y passer un anneau. Lorsqu'on a voulu inoculer la croûte de lait, il a suffi que les petites incisions faites par la lancette aient été touchées, frottées par l'enfant, irritées par le fluide mis en contact avec les parties divisées, pour qu'une phlegmasie eczémateuse ou pustuleuse s'y soit développée.

II. *Symptômes de la croûte de lait.* — 1° La première apparition de la croûte de lait a lieu sur la face ou sur le cuir chevelu. Sur la face, on distingue des petites *vésicules* agglomérées, contenant un fluide qui devient bientôt opaque, se dessèche et produit une croûte. Sur le crâne, il est plus difficile d'apercevoir les vésicules initiales.

2° La surface sur laquelle l'éruption s'est fait jour, peut rester sèche ou le devenir de temps à autre; mais le plus ordinairement elle fournit un *suintement* plus ou moins considérable. Cette sécrétion est quelquefois assez abondante pour imbiber rapidement les linges appliqués sur la tête. Le fluide perspiré est séreux, visqueux, quelquefois roussâtre et fort analogue à celui de l'eczéma. Au crâne il s'attache aux cheveux et les colle entre eux. Il a une odeur de lait aigre ou d'une matière grasse rance.

3° Une partie de cette humeur, en se desséchant, forme des *croûtes* plus ou moins épaisses, ordinairement humides, tantôt d'une couleur jaunâtre ou grisâtre, tantôt d'une teinte brunâtre ou rougeâtre, selon que le fluide qui les a formées conte-

([1]) *Sur la gourme*, p. 7.
([2]) Thèse citée, p. 8.
([3]) Alibert; *Précis*, p. 41.

nait une certaine quantité de sang ou n'en contenait pas. On a comparé la couleur de ces croûtes à celle d'une chair rôtie ou à celle d'un gâteau couvert d'une couche de caramel ([1]). C'est surtout à la face que les croûtes présentent cet aspect, et lorsqu'elles s'étendent, elles forment un véritable masque *(larva)*. Sur le cuir chevelu, elles adhèrent aux cheveux, les arrachent quand elles tombent, et souvent elles servent d'abri à de nombreux poux. Ces croûtes s'imprègnent d'une odeur plus ou moins fétide.

4° Un *prurit* très-incommode fatigue les petits malades. Ils éprouvent le besoin incessant de se gratter avec les doigts ou de se frotter contre tous les corps solides qui se trouvent à leur portée. Ce frottement détache les croûtes, déchire la peau, la fait saigner et augmente le suintement.

5° Le tissu de la peau, irrité et enflammé, présente souvent des gerçures, des crevasses, des points phlegmoneux, de petits abcès.

6° Tout le visage est gonflé, coloré; le tissu cellulaire est évidemment tuméfié. Les lèvres, les oreilles, deviennent plus volumineuses. Le mucus nasal est abondamment sécrété.

7° Les ganglions lymphatiques des environs des oreilles et ceux du cou s'engorgent.

8° Quelquefois l'eczéma s'étend à la nuque, sur les épaules, sur diverses parties du tronc ou des membres.

9° Il n'y a pas de fièvre. Les fonctions digestives s'exécutent bien. L'enfant ne maigrit pas, malgré des insomnies habituelles.

10° L'urine, d'après Strack, devient infecte et d'une odeur analogue à celle des chats. Mursinna ([2]) et Wichmann ([3]) n'ont pas constaté ce changement. Il est vrai que Strack attribuait cette odeur à l'usage de la jacée; mais, selon Schauffer, elle a lieu sans l'usage de cette plante ([4]).

([1]) Alibert; *Monographie des dermatoses*, p. 280.

([2]) *Commentarii de rebus gestis Lipsiæ*, t. XXVII, p. 211.

([3]) P. 74.

([4]) Wichmann, p. 74.

Tel est le tableau général de la croûte de lait, qui est susceptible d'offrir quelques différences plus ou moins marquées.

1° Cette maladie est quelquefois très-légère. Elle ne consiste qu'en des croûtes jaunâtres ou grisâtres et minces, répandues sur divers points de la face ou du crâne, sans suintement abondant. C'est l'*achor lactumineux* d'Alibert (1). Borné à la face, l'eczéma infantile peut ne consister qu'en des vésicules agrégées qui occupent les joues, ou les lèvres, ou le nez, surtout aux approches de la dentition. On l'a nommé *feu volage (tinea volatica)*.

2° Une forme plus sérieuse de la maladie consiste en une exsudation très-abondante d'un fluide muqueux, épais, visqueux, sur tout le crâne et quelquefois sur une partie de la face. C'est le *lactumen* de Manard (2), la *teigne muqueuse* (3), l'*achor mucifluus* d'Alibert (4). Des croûtes très-molles se forment et se détachent aisément. La peau, ramollie, irritée, s'ulcère. Cette affection, commune après la dentition, peut durer un temps plus ou moins long.

3° La croûte de lait peut se présenter sous un autre aspect; elle constitue à la face, sur les oreilles, le crâne, un véritable masque qui ne laisse d'ouvertures qu'aux paupières et autour des lèvres. Cette large croûte, d'un brun rougeâtre, est adhérente; si des frottements réitérés la détachent, la peau saigne. Le suintement séreux est peu abondant. C'est le *porrigo larvalis* de Willan et de Bateman.

4° Wichmann a encore distingué la *croûte serpigineuse* de la croûte laiteuse. Cette variété s'observe chez les enfants à la mamelle; elle commence par des papules miliaires, puis elle forme des plaques d'où suinte un fluide très-irritant, et qui se couvrent de croûtes. Cette variété est très-opiniâtre; elle s'étend à plusieurs autres régions et peut durer plusieurs années. Elle a lieu principalement chez les enfants dont les parents

(1) *Monographie*, p. 281.
(2) J. Manard; *Epist. Medicin.*, lib. VII, epist. II.
(3) *Précis*, p. 35.
(4) *Monographie*, p. 279.

avaient été atteints d'affections herpétiques. Elle donne une preuve de plus de l'affinité de la croûte de lait avec l'eczéma.

J'ai vu plusieurs cas se rapportant à ces formes graves de la croûte de lait. Je me borne à en citer deux.

Mlle F..., âgée de cinq ans, d'un tempérament essentiellement lymphatique, assez grêle, issue d'une mère longtemps très-faible et d'un père qui a eu des affections dartreuses, avait été nourrie au lait de vache et avait présenté à huit mois des croûtes lactumineuses sur le front et sur le cuir chevelu. Après des progrès et des diminutions, cette affection se renouvela avec une grande intensité, prenant très-évidemment l'aspect d'un eczéma intense, formant des plaques vésiculeuses sur le nez, les lèvres et les autres parties du visage, fournissant une matière jaunâtre qui se concrétait et qui produisait des croûtes épaisses. Une ophthalmie se déclara. Ces phénomènes, tantôt coïncidèrent, tantôt alternèrent avec des coliques, avec la diarrhée et avec le météorisme de l'abdomen. A l'âge de quatre ans, cette affection acquit un nouveau développement. Il est vrai qu'on avait administré des remèdes dits dépuratifs, et surtout le sirop de Portal, dont on a tant abusé. A cinq ans, l'eczéma s'était étendu sur le cou et sur la poitrine; avec un suintement abondant. L'enfant souffrait et criait toutes les fois qu'il fallait la nettoyer. Une recrudescence de l'irritation gastro-intestinale vint s'ajouter à l'affection cutanée, et fut suivie d'un amaigrissement rapide. Il survint parfois de la dysurie, et pendant la nuit des douleurs vives du côté de la vessie. Il y avait un peu de rougeur au méat urinaire. Cet état complexe, cet eczéma opiniâtre, furent combattus avec un plein succès par les bains légèrement alcalins, puis sulfureux, par les cataplasmes de riz et l'emploi local de l'oxyde de zinc, par un régime extrêmement adoucissant et par l'habitation de la campagne.

Dans un autre cas, l'issue fut promptement funeste. Je le rapporte avec détails pour mettre en garde contre la sécurité qu'inspire, surtout aux parents, une affection trop généralement regardée comme salutaire.

Une petite fille, issue d'un père bien portant, mais d'une mère rachitique, avait joui d'une assez bonne santé, à quelques légères affections catarrhales près, lorsque dans le mois de décembre, ayant alors un an, on lui perça les oreilles. Une légère inflammation se déclara aux piqûres. L'enfant se grattait continuellement. Des croûtes se formaient, puis se détachaient, mais bientôt elles se reproduisaient. Durant l'espace de deux mois, cette inflammation vésiculeuse et croûteuse gagna les joues,

le front, le bord des paupières. Des croûtes épaisses recouvraient ces diverses parties. Il y en avait derrière les oreilles, à la nuque et sur le tronc, mais elles étaient isolées. Les globes oculaires étaient recouverts d'une couche de matière purulente. L'enfant était dans une grande agitation, criait sans cesse, avait un peu de fièvre. Cependant, elle tétait très-bien et s'évacuait d'une manière naturelle. Les parents étaient demeurés dans la plus entière sécurité. Je fus appelé vers le milieu de février. L'état des yeux me préoccupa vivement. Les cornées, découvertes avec une extrême difficulté à cause de l'épaisseur des paupières et de l'agitation de l'enfant, me parurent opaques. Beaucoup d'efforts furent faits pour empêcher l'issue fatale de cette maladie. Une sangsue fut placée à l'anus. Des bains alternativement mucilagineux et sulfureux, des collyres anodins, des injections poussées avec beaucoup de ménagements sur le bord des paupières, des vésicatoires aux membres inférieurs, etc., parurent d'abord enrayer les accidents. Quelques croûtes se détachèrent, il y eut un peu de calme pendant la nuit; mais ce mieux ne devait être que momentané. Une diarrhée de matières d'abord verdâtres, puis jaunâtres, survint. L'enfant ne voulut prendre le sein que de loin en loin; le pouls devint très-faible. La tête était agitée de mouvements latéraux. Malgré d'énergiques révulsifs placés aux membres et sur le rachis, les symptômes s'aggravèrent. L'enfant mourut le 26 février. — Le corps n'est pas très-émacié; les lobules des oreilles sont comme corrodés; des croûtes se trouvent encore sur le cuir chevelu et sur la face. Les cornées sont tapissées par une couche membraniforme très-adhérente; l'humeur aqueuse est trouble. A gauche, l'iris a contracté des adhérences avec la cornée. L'arachnoïde est soulevée par une infiltration séreuse abondante. Le cerveau est sain. Il n'y a dans les ventricules que quelques grammes de sérosité; il y en a une plus grande quantité dans le canal rachidien, mais ni rougeur, ni injection vasculaire, soit des méninges, soit de la moelle. État normal du cœur, des poumons, qui ne sont qu'un peu engoués en arrière; de l'estomac, dont les parois intérieures sont plutôt blanches que rouges; du foie, de la rate. Une anse de l'iléon est d'un rouge-grisâtre; elle contient un fluide épais, d'un jaune-verdâtre, pareil aux selles.

Davis a donné un exemple fort analogue. La croûte de lait recouvrait toute la tête et une partie du tronc; le cuir chevelu était épaissi et dur; il y avait une suppuration abondante, beaucoup de démangeaison; l'épine dorsale offrait une courbure à droite. Il survint de la dysphagie, des ulcérations sur les amygdales, de la dyspnée; l'enfant mourut; il y avait de

la sérosité à la surface du cerveau et dans la plèvre gauche ([1]).

Ces faits démontrent que la croûte de lait n'est pas toujours une affection bénigne; ils justifient la distinction établie par Wichmann, mais ils ne sauraient constituer une espèce morbide à part. C'est toujours l'eczéma infantile, arrivé, il est vrai, à un plus haut degré de gravité; c'est la croûte de lait *maligne* d'Œtinger.

III. *Marche, durée, terminaisons de la croûte de lait.* — Commençant ordinairement pendant l'allaitement, elle cesse souvent quand l'enfant change de nourriture.

Mais elle peut durer plusieurs mois encore, et même plusieurs années. L'un des faits que j'ai cités le prouve. Villar a vu dans le Champsaur des enfants de dix ans présenter encore des croûtes épaisses sur le cuir chevelu et la face ([2]).

La croûte de lait qui persiste autant de temps n'a pas toujours un égal degré d'intensité. Elle présente des augmentations et des diminutions tous les mois ou à de plus grands intervalles. Elle peut s'atténuer extrêmement et même disparaître pendant une certaine période, pour se montrer ensuite avec une nouvelle activité. Strack l'a vue revenir à quatre ans.

Lorsque l'exsudation diminue, que les croûtes se forment lentement ou tombent sans se reproduire, les enfants deviennent quelquefois tristes, inquiets, ils ont un air souffrant. Leur gaîté revient quand le suintement se rétablit ([3]).

La suppression rapide de la croûte de lait, sous l'impression du froid ou par toute autre cause, peut avoir des conséquences fort graves. On a vu survenir un état de langueur, de cachexie, de la bouffissure, les ophthalmies, la surdité, des convulsions. Sédillot a vu la répercussion d'un eczéma infantile déjà fort ancien être suivie de convulsions et de la mort ([4]).

([1]) *The Lancet*, 1840. (*Gaz. des Hôpit.*, 1841, p. 65.)

([2]) *Mém. de la Soc. royale de Méd.*, t. II, p. 146.

([3]) Alibert; *Précis*, p. 39.

([4]) *Recueil périodique de la Soc. de santé de Paris*, t. I, p. 32.

Lorsqu'une maladie intercurrente, telle qu'une bronchite, une pneumonie, une diarrhée, se manifeste pendant la durée de la croûte de lait, elle peut acquérir une certaine gravité si celle-ci disparaît.

L'apparition de la croûte de lait dans le cours d'une maladie chronique peut former une crise très-salutaire. Œtinger avait en outre remarqué que l'épilepsie, l'asthme, le flux d'oreilles, les affections des yeux, l'obstruction chronique des narines, l'engorgement des parotides, etc., ne se manifestaient pas chez les enfants dont la tête était couverte d'achores, ou que si ces maladies existaient, l'apparition de la croûte de lait en amenait la guérison. Ce fut d'après ces observations qu'il proposa d'inoculer cette maladie dans certains cas d'affections chroniques très-opiniâtres (1). Cette idée fut réalisée longtemps après, dans un cas assez remarquable, par L'Homme, officier de santé du département de l'Aisne. Il guérit une entéro-colite très-grave et déjà ancienne, chez un enfant de trois ans, en inoculant la matière de la croûte de lait par six piqûres sur le front. L'éruption ne tarda pas à paraître et à s'étendre. La santé se rétablit entièrement (2). On conçoit que six piqûres qui s'enflammèrent durent opérer une révulsion puissante.

La croûte de lait laisse souvent après elle des dispositions morbides qui attestent qu'elle est elle-même le premier indice d'une diathèse opiniâtre. J'ai vu se perpétuer, ou d'autres fois apparaître à des époques variées mais répétées, et même jusqu'à un âge avancé, des eczéma qu'il fallait incessamment combattre. J'ai vu chez des enfants guéris de la croûte de lait une excessive sensibilité de la peau avec état prurigineux ; chez des petites filles, une rougeur de la vulve avec leucorrhée, et avec un fréquent besoin de se gratter. Ces états morbides étaient évidemment des manifestations diverses de la diathèse herpétique.

(1) Ferd.-Christ. Œtinger ; *An achorum insitio imitando variolarum insitionem, procurandis pueritiæ morbis rebellibus tuto tentari possit?* Tubing., 1762. (Baldinger ; *Sylloge opusculorum*, t. VI, p. 248.)

(2) *Journal de Corvisart, Leroux et Boyer*, t. X, p. 423.

IV. *Traitement de la croûte de lait.* — La première question à résoudre à l'occasion du traitement est celle-ci : Faut-il guérir la croûte de lait?

M. Trousseau a donné une réponse qui peut se résumer ainsi : 1° Quand l'enfant était bien portant, la croûte de lait qui survient n'est d'aucune utilité, et il convient de la guérir. 2° Lorsque cette maladie est ancienne et que l'enfant jouit néanmoins d'une bonne santé, il ne faut la guérir qu'avec précaution. 3° Si la santé de l'enfant était antérieurement mauvaise et est actuellement meilleure, les achores doivent être respectés. 4° Il faut toujours s'opposer à l'extension de la maladie vers les yeux, les oreilles, etc. (1).

Les soins hygiéniques doivent tenir le premier rang. Il faut éviter la stagnation de l'air autour du petit malade, surtout à cause de l'odeur infecte que sa tête répand. On ne doit négliger aucun soin de propreté, enlever plusieurs fois par jour les linges imbibés, employer au besoin quelques fomentations adoucissantes, comme l'eau de son, l'eau de guimauve, etc., faire des lotions avec une éponge fine et très-flexible. On évitera toute cause de gêne et de compression des membres inférieurs. On maintiendra la chaleur normale des pieds. On empêchera l'enfant de se gratter, de s'agiter, de se frotter. On ne le laissera pas téter trop fréquemment, et surtout on ne lui donnera pas d'autre aliment que le lait de sa nourrice. Si celui-ci ne paraît pas être de bonne qualité, on devra le changer pour un meilleur. Wichmann, toutefois, n'a pas vu le changement de nourrice produire d'heureux résultats. Le régime des enfants sevrés n'exige pas moins de précautions. Lorry en excluait la viande et se bornait au pain, aux végétaux cuits, et à très-peu de vin. En suivant ces recommandations, il a guéri des enfants qui avaient infructueusement subi de longs traitements (2).

Il est rare que la croûte de lait débute comme une affection

(1) *Journ. des Connaiss. méd.-chir.*, juillet 1843, p. 5. — *Journal de Médecine*, 1845, p. 289, etc.

(2) *De morbis cutaneis*, p. 280.

réellement inflammatoire. Cependant, s'il y a de la fièvre, si la face est colorée et tuméfiée, on peut faire appliquer une ou deux sangsues, soit à l'anus, soit derrière l'oreille.

L'odeur assez fortement acide de la matière qui suinte des surfaces eczémateuses a suggéré l'indication des alcalis.

Buchhave faisait prendre à l'enfant 15 à 20 centigrammes de carbonate de potasse, et à la nourrice 1 à 2 grammes du même sel ([1]). Schönheider se servait du même médicament, dissous dans de l'eau et édulcoré avec du miel ([2]).

Wichmann regardait comme très-efficaces l'eau de chaux et la magnésie ([3]). Le même auteur recommandait aussi le mercure et l'antimoine, mais donnés à la nourrice.

Beaucoup de sirops ont été employés comme dépuratifs dans la croûte de lait. Tels sont ceux de Bellet et de Portal. Mais si leur usage a été exempt d'inconvénient dans les cas où les voies digestives étaient saines, il n'en était plus de même dans les circonstances assez fréquentes où il existait une gastro-entérite ou une colite chronique.

Les purgatifs ne sont pas moins nuisibles dans les mêmes occasions. Ils conviennent, au contraire, employés de temps à autre, lorsque l'on n'a pas à craindre d'irriter l'estomac ou les intestins.

Parmi les médicaments internes, le plus communément employé dans la croûte de lait est la pensée sauvage *(viola tricolor)*, regardée par Strack comme le spécifique de cette affection. Il en faisait bouillir les feuilles récentes ou sèches (celles-ci à la dose de 2 grammes) dans la quantité de lait que l'enfant pouvait prendre dans la journée. La maladie semblait d'abord activée, l'urine était plus fétide, les croûtes étaient plus épaisses, mais elles ne tardaient pas à se détacher. Les observations de Strack furent confirmées par Gruelmann et Krauss ([4]); mais celles de Mursinna ([5]) et de Schön-

([1]) *Acta regiæ Soc. Hauniensis*, t. I, p. 328. Ce sel doit être étendu dans une assez grande quantité d'eau.

([2]) *Ibid.*, t. V, p. 77.

([3]) P. 75.

([4]) *Ancien Journal*, t. XCI, p. 92.

([5]) *Comment. de reb. gest. Lipsiæ*, t. XXVII, p. 211.

heider [1] donnèrent des résultats négatifs. J'ai souvent employé le sirop de pensée sauvage, plutôt sur la foi de nos devanciers que d'après des effets bien constatés par moi ; mais du moins je n'y ai vu aucun inconvénient.

Les bains ont été fréquemment mis en usage dans le traitement de l'eczéma infantile. Ils étaient simplement émollients ou légèrement sulfureux.

On a conseillé l'application d'un vésicatoire au bras [2]. Ce révulsif, mis au bras, ou à une jambe, ou aux deux jambes, est surtout indiqué quand l'exanthème paraît gagner l'œil ou pénétrer dans le conduit auditif, ou dans les narines, ou qu'on peut craindre une congestion cérébrale séreuse.

L'influence de la vaccination a été très-marquée sur la marche et la terminaison de la croûte de lait. Leroux mentionne une petite fille de quatre ans depuis longtemps atteinte de cette maladie, et qu'on vaccina néanmoins. Il survint une excitation générale, une suppuration très-abondante, suivies bientôt après de la dessiccation et de la guérison de l'exanthème [3]. Duchêne a vu un enfant chez lequel la suppression des achores avait produit des accidents épileptiformes, guérir de ceux-ci après avoir été vacciné [4]. M. Fréd. Sarti ayant vacciné 89 enfants atteints de croûte de lait, vit cette maladie s'améliorer chez 25 d'entre eux et guérir chez 58 ; elle s'aggrava 6 fois [5].

II. Eczéma chronique du cuir chevelu des adolescents et des adultes. — L'eczéma du cuir chevelu s'observe surtout chez les jeunes sujets. Il peut être une suite des achores de la première enfance [6]. On le voit chez les individus dont le tempérament est lymphatique, qui ont les ganglions cervicaux

(1) *Acta regiæ Soc. Hauniensis*, t. V, p. 77.

(2) Devergie, p. 258.

(3) *Cours sur les généralités de la Médecine*, t. I, p. 247.

(4) Thèse, p. 15.

(5) *Bol. delle Sc. med. di Bologna*. (Cazenave ; *Annales*, t. IV, p. 303.)

(6) Voyez-en un exemple fourni par un jeune homme de seize ans. (Cazenave ; *Annales*, t. IV, p. 240.)

engorgés. Il est parfois lié à la dysménorrhée, et il guérit quand la menstruation s'établit [1].

Cet eczéma se présente sous deux aspects différents : tantôt il est accompagné d'un suintement abondant, les croûtes dont il se recouvre sont humides, jaunâtres ou brunâtres, faciles à détacher; tantôt il est sec, il produit des squames grises ou blanches, qui agglutinent les cheveux, en forment des pinceaux aplatis et font tomber un assez grand nombre. Cette sous-variété n'est pas accompagnée d'un prurit aussi marqué que la précédente. Les squames, collées aux cheveux et leur formant une gaîne, ont parfois une blancheur argentée qu'on a comparée à celle de l'amiante. Alibert appelait cet eczéma *teigne amiantacée*.

J'ai vu souvent l'eczéma disposé par plaques sur divers points du cuir chevelu, se recouvrant de croûtes grisâtres, épaisses, molles, qui tendaient à se reproduire incessamment. Ces squames différaient beaucoup de celles du pityriasis, qui embrassent de plus larges surfaces, mais qui sont plus petites, plus minces, très-sèches et évidemment épidermiques.

L'eczéma du cuir chevelu s'étend quelquefois au front, aux tempes, aux oreilles. Chez une jeune fille, en même temps scrofuleuse, brune et pléthorique, j'ai vu la tête se congestionner, un érythème se prononcer au front avec des bosselures, les glandes du cou s'engorger fortement et rendre la rotation de la tête difficile. Il fallut recourir aux émissions sanguines.

L'eczéma du cuir chevelu est généralement assez opiniâtre. Il peut exercer une influence fâcheuse sur l'évolution de la puberté et sur la menstruation. On lui a opposé les lotions alcalines, les bains de vapeur, une pommade avec l'axonge, 30 gr., le turbith minéral, 2 gr., et le soufre sublimé, 4 gr. [2], les purgatifs, l'hydrochlorate de chaux, l'huile de foie de morue.

J'ai employé avec un succès à peu près constant les bains sulfureux, et de plus, la tête étant rasée et légèrement hu-

[1] Cazenave; *Annales*, t. III, p. 104.
[2] Cazenave; *Annales*, t. IV, p. 241.

mectée, le passage réitéré du crayon de nitrate d'argent sur les points malades.

Chez une femme âgée de vingt-neuf ans, soignée à l'hôpital, l'eczéma, déjà ancien, avait produit des ulcérations au cuir chevelu; il était même difficile de raser la tête; l'épilation fut très-utile; les cautérisations avec l'azotate d'argent amenèrent plus facilement la guérison de l'exanthème.

III. Eczéma chronique de la face chez les adultes. — M. Moore Neligan s'est spécialement occupé de cette localisation de l'eczéma [1], qui est assez fréquente. La pratique civile m'en a offert des cas multipliés. 19 observations ont été prises à l'hôpital, 10 sur des hommes, 9 sur des femmes.

Cette affection est plus commune dans la jeunesse que dans la vieillesse. 11 de nos malades de l'hôpital avaient de quinze à trente ans, 4 de trente-un à quarante-cinq ans, 2 de quarante-six à soixante, et 2 avaient passé soixante ans.

La maladie datait de quelques mois ou de plusieurs années. Un des malades en était atteint depuis dix-huit ans. M. Neligan a vu l'eczéma de la face persister pendant vingt-cinq ans.

Dans les cas récents, on observait des symptômes de congestion cérébrale, des tintements d'oreilles, de la pesanteur, de la chaleur à la tête.

L'eczéma de la face avait été souvent précédé d'autres affections cutanées, d'érythème ou de pityriasis. Je l'ai vu accompagné d'ecthyma et de rupia en diverses autres parties. Il était précédé de fièvre intermittente dans un cas, de chlorose dans un autre.

Chez les jeunes sujets, il commence le plus souvent par le front et s'étend vers le cuir chevelu. Chez les adultes, il forme des plaques sur les joues, le nez ou les lèvres. Je l'ai vu naître à l'entrée des narines et s'étendre à l'une des joues. Quand il occupe le front, il se porte souvent entre les yeux ou se propage sur la paupière supérieure. Il n'affecte jamais des formes régulières.

[1] *On eruptive diseases of the face.* (*The Dublin quarterly Journal of med. Sc.*, 1851, may, p. 341.)

Les croûtes dont il se recouvre sont d'un jaune-verdâtre. Quand on détache ces croûtes, on trouve une surface rougé et humide.

L'eczéma des lèvres, spécialement celui de la commissure des lèvres, bien que circonscrit, n'en mérite pas moins l'attention du praticien. Il est parfois très-tenace. Je l'ai vu, chez des jeunes filles lymphatiques, produire des croûtes jaunâtres, fendiller la peau si fine de ces parties, donner des gouttelettes de sang, se ranimer par les mouvements de la mastication et par les frictions que le prurit rendait presque inévitables.

La face peut être envahie en entier. Quelquefois l'eczéma se porte vers la nuque. Je l'ai vu se manifester en même temps par plaques isolées sur le tronc et sur les membres.

M. Neligan dit qu'il peut être difficile de distinguer l'eczéma de l'herpès ou du lichen de la face. Les différences sont cependant assez sensibles. Les croûtes de l'eczéma ne ressemblent pas du tout à la simple desquamation de l'herpès; et quant au lichen, l'absence de vésicules, de suintement et de squames, empêche toute confusion. J'ai trouvé plus de ressemblance avec l'impétigo, surtout quand les plaques occupaient le pourtour des lèvres. Il y avait quelquefois complication; c'était dans ces cas un *eczéma impétigineux.*

Cette maladie est ordinairement très-opiniâtre. Elle est entretenue par un régime excitant, par l'habitation dans des lieux étroits et chauds, par les travaux qui obligent à tenir la tête baissée.

Le traitement doit être dans le principe particulièrement anti-phlogistique. Ayant quelquefois prescrit la saignée, j'ai trouvé le sang légèrement couenneux et le caillot assez consistant. M. Moore Neligan parle d'application de sangsues derrière les oreilles ou aux tempes. Il y a plus d'avantage, surtout chez les adultes, à mettre les sangsues à l'anus; la provocation du flux hémorrhoïdal aurait certainement des résultats heureux.

Le même praticien a opposé à l'eczéma chronique de la face l'iodure de mercure, l'iodure de potassium ioduré et l'arsenic.

Il rapporte un exemple de guérison fort remarquable obtenu par ce dernier moyen. Il s'est servi localement d'une pommade avec l'iodure de soufre, et a ajouté quelques gouttes de chloroforme pour calmer le prurit.

J'ai employé les bains alcalins et surtout les bains sulfureux, le calomel ou l'oxyde de zinc en poudre sur les surfaces dépouillées des croûtes par des cataplasmes de riz. Quand la rougeur n'était pas vive, j'ai fait toucher avec le nitrate d'argent. Lorsque l'eczéma occupe la commissure des lèvres, il est bien d'introduire dans le sillon, soit un morceau de linge sec, soit un bourdonnet de charpie. Ces divers moyens ont amené la guérison ou une notable amélioration. Mais il a fallu envoyer quelques malades aux eaux sulfureuses des Pyrénées.

IV. **Eczéma chronique des oreilles.** — Cet eczéma s'observe fréquemment. Chez les enfants, on le voit à la face postérieure du pavillon et sur le sillon qui le sépare de l'apophyse mastoïde. C'est dans le même lieu que le présentent souvent les femmes âgées qui portent des coiffures serrées. L'habitude de frotter le derrière des oreilles l'entretient.

Il se développe non moins souvent du côté de la conque. Il est provoqué par un sentiment de démangeaison qui porte à irriter le conduit auditif. Le malade croit que ce prurit tient à la présence du cérumen, et il s'efforce de l'enlever. Il promène dans tous les sens un cure-oreille, et ne s'aperçoit pas qu'il augmente l'excitation locale. L'inflammation vésiculeuse se répand sur l'oricule, peut même gagner les parties voisines; des croûtes se forment, un suintement s'établit. Quelquefois une rougeur érythémateuse, ou même un érysipèle, s'étend sur la face, ou l'eczéma se propage vers le cuir chevelu [1].

La répétition fréquente de l'eczéma de l'oricule produit la turgescence habituelle de cette partie, une augmentation de nutrition, une hypertrophie; les saillies de l'oricule se développent, les sillons perdent de leur profondeur; le lobule, assez consistant, descend plus bas que ne le comporte l'état normal.

[1] *Journal complémentaire*, t. XXXVI, p. 85.

La propagation de l'inflammation dans le conduit auditif modifie la sécrétion du cérumen, lequel devient séro-muqueux ou puriforme, et exhale une odeur infecte. La muqueuse du conduit se tuméfie; d'où résulte le rétrécissement du méat. L'inflammation se propageant jusqu'à la membrane du tympan, peut en opérer l'épaississement. Telle est, selon M. Chausit, qui a donné sur l'eczéma des oreilles un intéressant travail (1), l'une des causes de la surdité, qui est la suite fréquente de cette affection.

L'irritation, exaspérée par diverses causes, peut ne pas s'arrêter à l'oreille externe. Si elle pénètre dans la caisse du tympan et le labyrinthe, elle entraîne des accidents sérieux et même l'inflammation des méninges et du cerveau.

Ces cas extrêmes sont rares. Il est plus commun de voir l'eczéma s'allier à un état de santé plus ou moins satisfaisant. Une malade que j'ai vue dans mon service, portait depuis seize ans un eczéma des deux oreilles; elle s'était néanmoins mariée et avait allaité un enfant.

Quelquefois l'eczéma est borné à une seule oreille.

On doit éviter avec soin de porter des corps durs dans le conduit auditif, ou même de le titiller avec le doigt auriculaire. Il faut ne le nettoyer qu'à l'aide d'injections émollientes, résolutives ou sédatives.

Indépendamment des bains sulfureux, des dépuratifs, des évacuants, il peut être utile d'employer des révulsifs extérieurs des vésicatoires ou des cautères, soit aux bras, soit aux membres inférieurs.

V. Eczéma chronique du mamelon. — Cette affection est presque exclusive à la femme. On l'observe principalement dans la grossesse ou à la suite de l'allaitement, ou même chez les personnes qui n'ont pas nourri (2). Elle est rare chez l'homme; M. Rayer n'en avait encore observé aucun cas lors de la publication de son Traité des maladies de la peau. M. Devergie l'a vu chez des garçons de douze à seize ans, et chez un

(1) Cazenave; *Annales*, t. III, p. 253.
(2) Rayer, t. I, p. 391.

homme adulte[1]. J'ai recueilli le fait suivant, dont l'exposition sera propre à donner une idée assez exacte de cette localisation de l'eczéma.

Obs. — Pierre L..., dix-neuf ans, de Lesbac (Basses-Pyrénées), sabotier, d'un tempérament lymphatique, sujet à une inflammation chronique du bord libre des paupières, avait ressenti depuis deux ans environ un léger prurit du mamelon gauche, avec rougeur; symptômes probablement entretenus par le frottement des doigts ou des vêtements. En novembre 1855, redoublement de démangeaison, vésicules sur la surface rouge de l'auréole, léger écoulement de sérosité roussâtre, puis formation de croûtes d'un gris-jaune. Le mamelon droit est resté à l'état normal. Cette affection a pris une extension successive autour du mamelon opposé. Ce malade, admis, le 17 mars 1856, à la clinique interne, paraît jouir d'une assez bonne santé; il n'offre aucun symptôme du côté des organes digestifs et respiratoires, si ce n'est une toux légère. Le mamelon gauche présente comme une large auréole. Confondu avec celle-ci et de niveau avec elle, il forme une plaque circulaire de 3 centimètres de diamètre, constituée par une couche épaisse de croûtes d'un jaune-grisâtre. Entre ces croûtes suinte une sérosité roussâtre. Paupières un peu gonflées, ayant leur bord libre rouge; cils en partie tombés, lèvre supérieure épaisse. Le malade n'a jamais eu de ganglions lymphatiques engorgés. (Tisane de douce-amère et de saponaire; bain avec sulfure de calcium, 100 gr.; cataplasme sur le mamelon.) 20 mars, croûtes entièrement détachées; le mamelon a repris sa saillie normale; l'auréole et la peau qui l'environne présentent une couleur rougeâtre, qui tranche vivement avec la teinte normale du reste des téguments. Cette couleur n'est ni vermeille, ni livide; elle ressemble exactement à celle du bois de cerisier. La circonférence de l'eczéma, bien que circulaire, n'a pas une parfaite régularité; du côté interne, elle offre un peu plus de développement. 21, les croûtes commencent à se reformer. (Application d'un mélange de glycérine et d'huile de cade.) Du 22 au 31 mars, l'exsudation a diminué, ainsi que le prurit. Les croûtes formées ont une couleur brune; on les détache à l'aide d'un cataplasme, et l'on saupoudre la surface de l'eczéma avec de l'oxyde de zinc; continuation des bains avec le sulfure de calcium. 3 juin, une légère éruption papuleuse se fait sur la partie antérieure de la poitrine; l'eczéma fournit une exsudation qui tache le linge, des croûtes se reforment. (Même traitement.) 6, l'éruption papuleuse a disparu. Du 7 au 15, l'eczéma a pâli, sa circonférence s'est rétrécie. Continuation des

[1] Bourrelly; Thèses de Paris, 1845, n° 81, p. 10.

bains avec le sulfure de calcium et de l'application de la poudre d'oxyde de zinc. Du 16 au 21, emploi d'un mélange de glycérine et d'oxyde de zinc. 22 juin, disparition complète de l'eczéma.

M. Devergie dit que l'eczéma du mamelon ne s'étend jamais au-delà ([1]). Le fait que je viens de rapporter montre cet exanthème dépassant l'auréole d'environ 2 centimètres tout autour. Sa forme, assez régulièrement circulaire, est très-remarquable. Il donne un suintement moins marqué que la plupart des autres. Il se couvre d'écailles sèches d'un blanc grisâtre. Mais s'il est titillé, il fournit une sérosité trouble, roussâtre, plus ou moins abondante.

La couleur de l'auréole se confond avec celle de l'eczéma, ou plutôt celui-ci semble avoir élargi l'auréole.

Quelquefois les deux mamelons sont affectés.

VI. Eczéma chronique de l'aissèle. — J'ai vu plusieurs fois l'eczéma affecter cette région et s'y maintenir un temps assez long. Quelquefois il avait été précédé par des furoncles. Il a provoqué le développement des ganglions lymphatiques sous-jacents. Les moyens ordinaires ont suffi pour combattre cette dermatose avec efficacité.

VII. Eczéma chronique de la région dorsale des mains et de l'intervalle des doigts. — Cette localisation me semble devoir être signalée d'une manière spéciale, car je l'ai plusieurs fois observée. Elle est plus commune chez les femmes que chez les hommes. Ce sont les cuisinières qu'elle affecte d'une manière particulière ([2]). Parmi les hommes, je l'ai vue chez un forgeron, un cloutier, un cordonnier.

Elle commence ordinairement par une rougeur et des saillies vésiculeuses, que les malades appellent des boutons. Ils se grattent, et des plaques eczémateuses se forment.

Quelquefois, au printemps, on pourrait penser avoir affaire à l'érythème de la pellagre ; mais la présence des vésicules, le suintement qui leur succède, l'épaisseur et la couleur des

([1]) *Maladies de la peau*, p. 241.

([2]) Voyez une Observation de ce genre recueillie par M. Lafaurie, dans le service de M. Devergie. (*Journ. de Méd. de Bordeaux*, 1847, p. 364.)

croûtes, l'aspect du derme rouge, humide et souvent fendillé, empêchent de confondre ces deux affections.

Celle-ci est très-opiniâtre et sujette à récidive à cause de la profession de ceux qui la présentent. La plupart sont exposés aux rayons d'un feu très-vif, ou bien ils trempent leurs mains dans des liquides très-chauds, saturés de principes alcalins ou de matières irritantes.

J'ai vu aussi cet eczéma chez des personnes très-aisées. Une dame portait, il y a vingt ans, un cautère à une jambe. Cet exutoire étant l'occasion d'érysipèles fréquents, je conseillai de le laisser sécher. Il survint alors un eczéma du dos des mains que rien n'a pu effacer complétement. D'ailleurs, la santé est excellente. Plusieurs fois il est survenu des irritations intestinales, des diarrhées abondantes; alors l'eczéma a disparu. La peau des mains, quelques jours auparavant rouge, crevassée, couverte de croûtes, reprenait l'état le plus normal, mais ce n'était que pour un temps.

Les bains simples et sulfureux, les cataplasmes de riz, l'emploi local de l'oxyde de zinc, la cautérisation avec le nitrate d'argent, réussissent en général à modifier et quelquefois à guérir cet eczéma. J'ai employé aussi l'huile de cade avec succès.

Lorsque l'eczéma a son siége entre les doigts, la démangeaison qu'il occasionne fait naître l'idée de la gale. Mais l'aspect des croûtes, l'agglomération des vésicules, l'absence de contagion, dissipent les incertitudes. J'ai vu un eczéma de cette variété produire entre l'index et le médius un abcès qui s'étendit vers la région palmaire de ce dernier doigt. Il exigea l'emploi des émollients et d'une pommade de glycérine et d'oxyde de zinc.

L'eczéma peut se circonscrire et s'attacher au pourtour des ongles des mains ou des pieds, et constituer une *onyxis herpétique;* les ongles deviennent friables; leurs côtés ulcérés laissent suinter un fluide séreux roussâtre; leur base est livide, violacée [1]. Cette maladie, fort opiniâtre, exige des

[1] Périssel; Thèse, 1835, n° 338, p. 11.

cautérisations, des pansements réguliers, et surtout le traitement général de la diathèse.

VIII. Eczéma chronique du nombril. — J'ai vu cette dermatose chez des adultes plus ou moins gras, dont l'ombilic était enfoncé. Les jeunes sujets la présentent aussi quelquefois. J'ai vu des petites saillies polypiformes naître du fond de la cicatrice et paraître entretenir l'irritation locale.

Chez quelques malades, cet eczéma s'est propagé sur la paroi abdominale et même sur les cuisses.

Les pommades ne sont ici que d'une faible efficacité. Lorsque l'inflammation a été diminuée par les cataplasmes et par des injections émollientes, il faut introduire jusque dans le fond du conduit ombilical un morceau de linge sec saupoudré d'oxyde de zinc. L'écartement des parois dont le contact est trop immédiat, favorise le desséchement des surfaces malades.

IX. Eczéma chronique de l'anus et des parties sexuelles. — L'eczéma peut se borner à l'anus ou aux parties sexuelles; mais il s'étend le plus souvent de l'une de ces régions à l'autre.

Quand il occupe l'anus, il forme un suintement épais, roussâtre; on n'y observe que quelques croûtes molles; la peau est d'un rouge livide, comme boursoufflée et rugueuse. Le prurit est des plus pénibles.

L'eczéma du scrotum est très-commun. Il s'accompagne aussi d'une démangeaison fatigante. Il forme des croûtes et laisse sur la peau rougie une multitude de gerçures ou de petites fentes, sèches ou humides, qui proviennent des frottements et du déchirement des ongles. Cet eczéma s'arrête quelquefois au pli de la cuisse; il peut s'étendre à sa face interne ainsi qu'à la jambe, et couvrir ces diverses régions de croûtes épaisses.

J'ai vu l'eczéma du prépuce chez un marin âgé de trente-quatre ans, qui dans une rixe avait reçu un coup d'ongle sur cette partie. Il y avait eu d'abord un gonflement assez fort, puis des vésicules, et enfin toutes les apparences de l'eczéma. Il était survenu aussi une tuméfaction des ganglions lymphatiques de l'aine gauche. Cet état durait depuis deux mois et

demi lorsque le malade vint à l'hôpital. La marche était devenue presque impossible. Je fis appliquer des ventouses scarifiées sur la région inguinale, prendre des bains de siége émollients, puis des bains entiers sulfureux; il survint une éruption papuleuse sur les membres. Mais après un mois de traitement, le malade put sortir guéri.

L'eczéma de la vulve s'observe souvent. On le voit chez les petites filles accompagné d'une exsudation épaisse et puriforme qui pourrait faire supposer une infection blennorrhagique; il s'étend à la partie interne des cuisses, se limitant exactement par la rougeur et les croûtes qu'il présente. Cette affection se remarque aussi chez les femmes adultes, produisant la tuméfaction des ganglions inguinaux et un prurit insupportable. Parfois l'irritation pénètre dans le canal de l'urètre et rend l'émission de l'urine fort douloureuse. Le périnée, la partie interne des cuisses, l'hypogastre, se couvrent de croûtes humides, jaunâtres ou grisâtres. Il y a un suintement roussâtre et très-fétide. Cette affection se montre aussi chez les femmes qui ont cessé d'être réglées.

Les moyens les plus efficaces ont toujours été les bains sulfureux et les cautérisations avec le nitrate d'argent, l'oxyde de zinc et le calomel mêlés à la glycérine; quelquefois il a fallu recourir aux émissions sanguines générales. Les préparations arsenicales, surtout la solution de Fowler, ont été employés avec succès dans des cas rebelles (1).

M. Bennet recommande l'usage des bains de siége alcalins. Il y fait rester les malades pendant plusieurs heures (2). Emery recommandait les bains de sublimé (10 grammes de bi-chlorure de mercure dans un bain entier), ainsi qu'une pommade avec le calomel et l'alun.

Quelquefois l'excitation nerveuse exige l'emploi local du chloroforme, et l'usage à l'intérieur du cyanure de potassium; ce moyen réussit mieux que l'opium; mais si l'insomnie résiste, il faut en venir à ce dernier.

(1) *Lancette*, t. III, p. 59.
(2) *Revue méd.-chirurg.*, t. VI, p. 205.

X. Eczéma chronique général. — L'eczéma peut s'observer sur des points nombreux de la surface du corps; il est sans doute général, mais seulement disséminé. D'autres fois il occupe d'une manière presque complète toute l'étendue de la peau, et il mérite mieux alors la dénomination d'eczéma général. J'ai recueilli des exemples de ces deux degrés.

L'hôpital m'en a fourni treize : deux dans la salle des femmes, onze dans celle des hommes. Un malade n'avait que 7 ans, un autre 19, quatre avaient de 20 à 30 ans, trois de 40 à 50 ans, trois de 51 à 60 ans, un avait 70 ans.

Ils étaient déjà malades depuis trois, cinq, huit, neuf mois; d'autres depuis un, deux, sept, quatorze et dix-huit ans.

Les parties non envahies étaient quelquefois la face et les mains. J'ai vu coïncider avec l'eczéma général des papules de prurigo ou de lichen, et dans quelques cas particuliers, la variole, la varicelle, l'ophthalmie, la pneumonie.

L'aspect de ces malades était hideux, tout leur corps était couvert de croûtes plus ou moins épaisses, se détachant avec facilité; un suintement de sérosité trouble et un peu brune tachait les linges appliqués sur la peau, et répandait une odeur fade, nauséabonde.

Quelquefois le prurit était encore assez vif, d'autres fois il était remplacé par un sentiment obtus de gêne, de pression, d'engourdissement.

La peau était roide, tuméfiée, rougeâtre et crevassée de distance en distance, surtout là où existent naturellement des plicatures.

Les voies digestives ont généralement continué à fonctionner; néanmoins, il y avait de la maigreur, de la faiblesse.

La fièvre s'est quelquefois montrée avec des accès périodiques, qui ont exigé l'emploi du sulfate de quinine.

Trois malades sont morts. L'un d'eux était un enfant de sept ans, chez lequel aucun point de la surface cutanée n'était sain. Partout, même à la face, la peau était altérée. Il prenait des bains sulfureux. La température atmosphérique était très-élevée. Des eschares gangréneuses se formèrent sur les deux

jambes. La mortification s'étendit. Cet enfant succomba. Aucun viscère intérieur n'offrait d'altération.

Chez un autre malade, âgé de cinquante-deux ans, il survint une fièvre continue avec diarrhée. Deux jours après, la mort arrivait. Il y avait une injection considérable à la fin de l'iléon, mais pas d'ulcérations ni de plaques saillantes. Le poumon gauche était engoué.

Le troisième sujet, atteint d'une pneumonie intense, fut enlevé rapidement par cette complication.

Un malade affecté de pleurésie et d'épanchement dans le côté droit de la poitrine, fut traité à temps; il put quitter l'hôpital dans un état satisfaisant.

Quelques malades ont été guéris surtout par l'emploi des bains émollients et des bains modérément sulfureux. J'ai rarement donné les excitants à l'intérieur, dans la crainte de troubler les fonctions digestives.

Biett a conseillé la teinture de cantharides, d'autres la solution de Fowler. J'ai craint de provoquer le dévoiement. J'ai prescrit quelquefois les pilules asiatiques, que les malades supportaient fort bien. Je les conseillai à un malade pour lequel j'avais été appelé en consultation. Il était affecté d'eczéma général depuis un an. C'était un épicier, âgé de soixante-cinq ans, et encore assez robuste. J'indiquai en outre les bains de décoction de suie. Il guérit.

M. Thiry, médecin de l'hôpital Saint-Pierre, à Bruxelles, a prescrit avec succès, dans un cas analogue, une pommade avec la suie, l'axonge et l'huile de jusquiame, des bains alcalins et amidonnés, une compression modérée des membres, et une potion avec : eau de sureau, 120 gr.; rob de sureau, 8 gr.; iodure de soufre, 0gr50 (quatre cuillerées par jour) (1).

M. Devergie recommande, indépendamment des bains alcalins et des bains sulfureux, les bains de vapeur.

L'excitation cutanée est quelquefois trop vive pour qu'on puisse recourir à des agents énergiques; mais lorsqu'elle est

(1) *Presse médicale belge.* (*Journ. des Connaiss. méd.-chirurg.*, 1850, p. 43.)

notablement diminuée, et surtout quand on peut supposer que la peau a perdu son irritabilité, on est autorisé à employer quelques stimulants. Un fait rapporté par M. Cossy le prouve. Le malade dont il s'agit, admis à l'hôpital Beaujon pour un eczéma qui couvrait tout le corps, excepté la face et les mains, fut soumis deux fois par jour à un brossage général. La brosse, analogue à celle dont on se sert pour les habits, était imprégnée d'un liquide dont la composition est demeurée secrète. D'abord il y eut irritation, aggravation; ensuite, les croûtes se détachèrent. Il s'en forma de nouvelles plus minces et moins larges. Une sueur abondante survint. Ce traitement extérieur, secondé par l'usage interne du chlorhydrate d'ammoniaque, du proto-iodure de mercure, du rhus radicans, de l'huile de croton tiglium, amena, vers le deux cent cinquante-troisième jour, une amélioration telle, que le malade put quitter l'hôpital [1]. Malgré ce succès, il est vrai tardivement obtenu, je ne sache pas que des essais analogues aient été tentés.

III. — PEMPHIGUS CHRONIQUE.

Il n'est guère d'observateurs qui n'aient jugé convenable de séparer le pemphigus chronique du pemphigus aigu. Ce sont deux maladies extrêmement différentes. Si les apparences extérieures peuvent au début les rapprocher, bientôt l'aspect change complétement, et pour celui qui a bien observé, la confusion est impossible. Le pemphigus chronique est constamment recouvert de larges croûtes minces ou squames, se renouvelant sans cesse, ce que ne présente pas le pemphigus aigu. D'ailleurs, la nature des causes, le développement des symptômes, la marche de la maladie, sa durée, le traitement qu'elle réclame, offrent dans ces deux genres des différences si profondes, qu'il était impossible de les réunir sous le même titre. On a vu que Willan, à l'occasion des inflammations bulleuses, distingue le *pemphigus* du *pompholyx* [2], l'une des

[1] *Archives*, 4e série, t. XI, p. 318; — et *Gaz. des Hôpit.*, 1848, p. 352.

[2] Willan; *On cutaneous diseases*, t. I, p. 544.

variétés de celui-ci ; c'est-à-dire que le *pompholyx diutinus* est proprement le *pemphigus chronique*.

Sachse a très-nettement défini le pemphigus chronique. C'est celui qui dure plus de quatre semaines [1]. Quelques bulles de pemphigus successif pourraient bien se former encore au-delà de ce terme. Mais il n'en serait pas moins dans sa période de décroissance et très-près de sa terminaison; tandis que le pemphigus chronique à la même époque continuerait à s'étendre.

La fièvre et l'inflammation locale ne donnent point des caractères essentiels ; car le pemphigus aigu est parfois apyrétique, surtout lorsque les bulles sont isolées, et il peut reposer sur une base non enflammée, tandis que le pemphigus chronique n'est pas toujours exempt soit d'un état phlegmasique local, soit d'un mouvement fébrile se répétant à des intervalles déterminés, par exemple aux époques de recrudescence.

Les faits de pemphigus chronique ne sont pas extrêmement nombreux. Ils montrent cette maladie comme fort opiniâtre et présentant des modifications selon les individus et surtout selon l'étendue de la lésion.

L'un des faits les plus anciens est celui de Kœnig, rendu suspect par d'étranges coïncidences [2]. Macbride présenta quatre observations plus authentiques [3]. Victor de Lamothe, médecin à Bordeaux, recueillit, en 1771, un exemple curieux qu'il intitula *maladie singulière de l'épiderme* [4]. Reil rapprocha quatre faits [5]. Bonorden [6], Feichtmayr [7], Gilbert [8],

(1) *Mémoire sur le pemphigus.* (*Journal complément.*, t. XXIII, p. 320.)

(2) *Philos. Transact.*, 1678, n° 3 ; — et *Collect. académiq.*, part. étrang., t. II, p. 526.

(3) *Introduction à la théorie et à la pratique de la Médecine*, trad. par Petit-Radel, t. I, p. 227; t. II, p. 541.

(4) *Observations sur la physique et l'histoire naturelle*, par l'abbé Rozier, 1773, t. II, p. 22.

(5) *Memorab. clinicor.*, fascic. II, p. 148.

(6) Cette Observation a été publiée sous un titre inexact : *De lepra squamosa*. Halæ, 1795, p. 41. Au lieu d'une affection squameuse, c'était une maladie bulleuse avec suintement, croûtes et odeur très-fétide, chez une femme de vingt-cinq ans.

(7) *Journal d'Hufeland*, vol. X ; — et *Journal général*, t. LIV, p. 21.

(8) *Bullet. de la Faculté de Méd. de Paris*, t. I, p. 191.

Jacquemin ([1]), en virent d'assez remarquables. Willan, en traitant du pompholyx diutinus, donna le sommaire de deux observations ([2]). Hildenbrand ([3]), Eckhout ([4]), Alibert ([5]), Mouton ([6]), Mayd ([7]), en rapportèrent d'autres. Dans son traité du pemphigus, Stanislas Gilibert donna la relation très-circonstanciée d'un pemphigus chronique; il en consigna deux autres qui lui avaient été communiqués, l'un par Jean-Emm. Gilibert, et l'autre par Bouvet ([8]). Viennent ensuite, dans l'ordre chronologique, d'autres faits relatés par Duchateau ([9]), Scherwin ([10]), Asdrubali ([11]), M. Rennes ([12]), Berndt ([13]). M. Rayer fit connaître trois cas très-intéressants, l'un d'eux surtout ([14]).

Meinhardt a exposé dans sa dissertation inaugurale un fait important ([15]); celui qu'a publié Otto Schulze est rendu plus précieux par des détails d'analyse chimique ([16]). MM. Duchesne-Duparc ([17]), Cazenave ([18]), Devergie ([19]), Hardy ([20]), ont fourni plusieurs autres faits de pemphigus chronique.

A ces exemples, dont le nombre ne dépasse pas 49, je peux en ajouter 23, recueillis à l'hôpital Saint-André. Les consi-

([1]) *Journal général* de Sédillot, t. XXX, p. 264.
([2]) *On cutaneous diseases*, t. I, p. 548 et 549.
([3]) *Ratio medendi*, p. 59.
([4]) *De pemphigo*. Groningæ, 1810, p. 130.
([5]) *Précis théorique et pratique sur les maladies de la peau*, 1810, p. 284 et 340.
([6]) *Journal général*, t. XLIII, p. 41.
([7]) *Biblioth. méd.*, t. XLIX, p. 395.
([8]) *Monographie du pemphigus*, p. 50, 79 et 82.
([9]) *Journal général de Médecine*, 2e série, t. XXVIII, p. 68.
([10]) *Edinburgh Med. and Surg. Journal*, t. XXVII, p. 57.
([11]) *Archives*, t. XVII, p. 600; — et *Bullet. des Sciences méd.*, t. XIV, p. 160.
([12]) *Archives*, t. XXX, p. 516.
([13]) *Revue méd.*, 1834, t. II, p. 281.
([14]) *Traité des maladies de la peau*, t. I, p. 284, 291, 299.
([15]) *De pemphigo diutino*. Berolini, 1837.
([16]) *Obs. et disquisitiones pathologicæ et chimicæ circa pemphigum hystericum*. Berolini, 1840.
([17]) *Gaz. des Hôpit.*, 1848, p. 240.
([18]) *Annales des maladies de la peau*, t. I, p. 208; t. II, p. 80, p. 214, p. 339; t. IV, p. 260. *Gaz. des Hôpit.*, 1850, p. 501, 502.
([19]) *Traité des maladies de la peau*, p. 302 et 304.
([20]) *Gaz. des Hôpit.*, 1853, p. 419.

dérations dans lesquelles je vais entrer, reposeront ainsi sur 72 observations.

c. — Causes du pemphigus chronique. — *Hérédité.* — Un exemple curieux de disposition héréditaire au pemphigus chronique s'offrit en 1808 à Jacquemin. Un conscrit, dont la peau se couvrait fréquemment de bulles, annonça que sa grand'mère et son frère présentaient un état morbide analogue. On soupçonna d'abord quelque supercherie; mais il fut bien constaté que ces lésions n'étaient provoquées par aucun topique [1]. Je ferai toutefois remarquer que cette éruption bulleuse, qui ne paraissait être qu'une simple indisposition, ne saurait être exactement assimilée au pemphigus chronique, qui, lorsqu'il est étendu, constitue une affection grave. C'était une sorte d'idiosyncrasie héréditaire plutôt qu'une maladie réelle, car les individus de cette famille n'en étaient pas empêchés de se livrer à leurs travaux habituels.

Un autre exemple fort analogue a été recueilli dans le service de M. Blache; c'est celui d'un garçon de treize ans, dont la mère et le frère étaient sujets à la même maladie. Des bulles s'élevaient sur diverses parties du corps, puis s'ouvrant, se séchaient et laissaient des cicatrices [2].

Sexe. — Tant que les observations ont été peu nombreuses, il a été difficile de déterminer si l'un des sexes était plus disposé que l'autre à présenter le pemphigus chronique. Les quatre faits de Macbride furent recueillis sur des hommes, et les quatre de Reil sur des femmes; puis il y eut alternative parmi les cas isolés. Cependant, M. Cazenave [3] s'est aperçu que dans cette distribution le sexe féminin l'emportait. Je suis arrivé au même resultat, puisque sur 23 individus, je trouve 15 femmes et 8 hommes.

En réunissant tous les faits que je connais, je constate que sur 72 individus il y avait 30 hommes et 42 femmes. Ainsi,

(1) *Journal général*, t. XXX, p. 264.
(2) Mahieux; *Moniteur des Hôpitaux*, t. II, p. 683.
(3) *Gaz. des Hôpit.*, 1850, p. 510.

le nombre de celles-ci l'emporte réellement, et c'est une circonstance digne d'attention, en ce qu'elle établit une nouvelle différence entre le pemphigus chronique et le pemphigus aigu, qui se montre le plus souvent chez les individus du sexe masculin.

Ages.—Le pemphigus chronique n'est pas l'apanage exclusif de la vieillesse. Les observations sont ainsi réparties relativement à l'âge :

7	individus avaient de	10 à 20 ans.
9	—	21 à 30
9	—	31 à 40
17	—	41 à 50
9	—	51 à 60
14	—	61 à 70
6	—	71 à 80
1	—	92 ans.
72		

Il faut remarquer que la première moitié de la vie, c'est-à-dire jusqu'à quarante ans, n'offre que 25 cas, tandis que dans la seconde on en a compté 47, presque le double.

Constitution, tempérament. — Peu de renseignements sont donnés sur l'état physique antérieur des malades. Plusieurs étaient faibles et d'un tempérament lymphatique. J'en ai vu qui paraissaient avoir été assez bien constitués et même robustes. Sachse a fait la même remarque (1).

Profession. — La plupart des malades que j'ai observés étaient des gens de la campagne, des cultivateurs. Il est venu en outre à l'hôpital un tailleur, une couturière, une servante.

Localités d'où provenaient les malades. — Je n'ai vu qu'un malade venant de Bordeaux même. La plupart arrivaient des parties du département qui sont sablonneuses, marécageuses, et dont le terrain est analogue à celui des Landes. Quelques malades provenaient en outre des départements de la Dordogne, de la Charente-Inférieure et du Lot-et-Garonne.

Causes déterminantes. — On n'a que peu de données sur les causes qui font naître le pemphigus chronique. On a parlé

(1) P. 326. — Le jeune paysan observé par De Lamothe était d'une constitution robuste.

de refroidissement subit (1), de commotions morales (2), de chagrins (3), de suppression des menstrues, de gêne et de trouble dans la circulation du sang (4). Ces circonstances se sont produites dans quelques cas isolés.

Causes pathologiques et spécifiques. — On a vu le pemphigus chronique se développer chez un sujet scrofuleux, chez un autre qui avait été goutteux (5). Il a succédé à des douleurs rhumatismales vagues (6), à des accès fébriles (7). Il s'est montré après des souffrances des viscères thoraciques ou abdominaux (8); après la chlorose, des attaques d'hystérie, de catalepsie (9). Il a été précédé d'érysipèle, de varicelle (variété pemphigoïde) (10). Il est l'une des manifestations de la diathèse herpétique; ses analogies avec l'eczéma chronique confirment cette étiologie.

b. — Symptômes du pemphigus chronique. — 1° Les premiers indices du pemphigus chronique consistent en une sensation de démangeaison, de chaleur, et même de douleur, bientôt suivie de rougeur disséminée ou disposée par plaques diversement configurées. Celles-ci ont quelquefois l'aspect de l'érythème (11) ou de l'urticaire (12).

2° L'éruption bulleuse peut aussi apparaître tout à coup (13). Quelquefois les bulles sont de prime-abord volumineuses et distinctes; d'autres fois ce sont des vésicules petites, mais très-rapprochées, qui, en se développant, se confondent et forment de larges phlyctènes. Ces phlyctènes peuvent reposer

(1) Gilibert, p. 82.
(2) La morsure d'un chien fut suivie d'un pemphigus, au bout d'un temps assez long. (Mouton.)
(3) Gilibert, p. 79.
(4) Rayer, p. 291. — Cazenave; *Gaz. des Hôpit.*, 1850, p. 510.
(5) Bidault de Villiers; *Journal général*, t. LIV, p. 27 et 28.
(6) Asdrubali, Duchateau.
(7) Berndt, Gilbert.
(8) Chez trois malades de Reil.
(9) Frank, Schulze.
(10) Voyez les remarques de M. Trousseau. *Union méd.*, 1850, p. 479.
(11) Cazenave; *Annales*, t. II, p. 214.
(12) *Ibidem*, t. IV, p. 260.
(13) Asdrubali.

sur une base d'une coloration normale, ou sur une surface rouge, ou être entourées d'une auréole comme érysipélateuse. Leur forme est généralement arrondie, ovoïde; elles sont souvent aplaties. Quand deux bulles assez volumineuses se réunissent en une, celle-ci peut prendre une forme bilobée. Leur volume varie depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'un œuf de poule ou d'oie, ou même d'autruche (1). Quand les bulles sont solitaires, leur volume est plus considérable. Les bulles de médiocre grosseur affectent, par leur rapprochement, divers arrangements. Elles peuvent être disposées en corymbe, en anneaux, en guirlandes (2) ou en chapelets (3).

3° Le fluide contenu dans les bulles était ordinairement séreux, clair, transparent, quelquefois un peu jaunâtre, d'autres fois sanguinolent. Il est inodore, un peu acide; par la chaleur, il dégage une odeur d'acide acétique; il pèse 1,018 (4).

Sa consistance varie; elle est plus ou moins visqueuse, semblable à celle du blanc d'œuf, et fait coller la chemise aux téguments. Ce fluide était, dans quelques cas, assez abondant pour humecter en peu de temps un certain nombre de serviettes (5). Il paraissait d'autres fois épais, lactescent et même puriforme (6).

La sérosité du pemphigus a été le sujet des recherches de Schulze, sous le rapport de ses propriétés chimiques et de sa composition. Ce fluide contient beaucoup d'albumine; celle-ci se concrète par la chaleur, etc. Voici les résultats de l'analyse faite par cet observateur :

Eau	92,
Albumine et phosphates	4,800
Matière extractive soluble dans alcool	0,650
Cholestérine	0,260
Matière soluble dans l'eau analogue à la salive, et mucus	190

(1) Scherwin; *Edinb. Journal*, t. XXVII, p. 58.
(2) Rayer; *Maladies de la peau*, t. I, p. 284, Obs. XXVII.
(3) Jacquemin.
(4) Schulze, p. 25.
(5) Sachse, p. 331.
(6) Asdrubali.

4° Constamment, la matière exsudée se desséchant au-dessus des surfaces dépouillées d'épiderme, forme des croûtes ou squames d'un gris jaunâtre ou verdâtre, ou demi-transparentes, minces, larges et sèches. Elles ressemblent beaucoup à des lames épidermiques. On les voit se former avec une abondance étonnante. De Lamothe avait fait cette remarque. Je l'ai répétée plusieurs fois. On trouve tous les matins dans les draps une grande quantité de ces croûtes foliacées, qui se détachent pendant la nuit par les mouvements du malade.

Indépendamment de la sécrétion séreuse des bulles, il y a quelquefois une perspiration cutanée très-abondante et générale (Gilbert).

5° Les malades éprouvent souvent des picotements, du prurit, de la douleur, qui les oblige à se remuer, à s'agiter. Quand les bulles se sont ouvertes, il s'y joint parfois un sentiment de chaleur et de cuisson. Ces sensations ne sont pas en raison de la rougeur du derme dénudé ([1]).

6° La rougeur est elle-même très-variable. Elle est quelquefois à peu près nulle. On voit des surfaces plus ou moins larges, unies, lisses et un peu humides, qui semblent annoncer le retour immédiat de l'intégrité des téguments; mais le lendemain, de nouvelles bulles et de nouvelles squames se sont formées et attestent que la maladie dure encore. D'ailleurs, le derme n'est que superficiellement lésé; il n'est point aussi altéré que dans l'eczéma; il n'est pas ulcéré comme dans le rupia.

7° Commencée sur les membres, le tronc ([2]), la face, le scrotum ([3]), etc., l'éruption se propage aux régions voisines. Quelquefois on a vu des bulles dans la bouche, sur la langue ([4]). On a trouvé des croûtes sur le cuir chevelu. Celui-ci est d'autres fois respecté ([5]), ainsi que la paume des mains et la plante des pieds.

([1]) Sachse, p. 330.
([2]) Meinhardt, p. 22.
([3]) Willan, t. I, p. 548.
([4]) Eckhout, Willan.
([5]) Scherwin.

Une alopécie complète peut être la conséquence de l'extension du pemphigus. De Lamothe a noté cette circonstance, qui est loin d'être constante. Toutefois, j'ai vu les poils des parties sexuelles entièrement disparus quand le pemphigus avait atteint cette région.

Les ganglions lymphatiques peuvent s'affecter. Reil a vu chez ses malades les glandes axillaires engorgées.

8° Les membranes muqueuses s'irritent assez souvent pendant le cours du pemphigus. J'ai vu la toux et l'expectoration dénoter une bronchite, les douleurs abdominales et la diarrhée faire présumer l'existence d'une colite.

9° Généralement, il n'y a pas de fièvre; mais celle-ci peut se développer de temps à autre, quand l'exanthème fait quelques nouveaux progrès. Elle a présenté une exacerbation plus ou moins marquée le soir. Sa durée a été de plusieurs jours. Elle a parfois nécessité l'usage des anti-périodiques.

c. — Variétés du pemphigus chronique. — 1° Dans quelques cas rares, il est très-*circonscrit;* tel est le pemphigus *labial* qu'a décrit M. Devergie, et qui offre beaucoup d'opiniâtreté [1]. Il ne saurait être confondu avec l'herpès labial ou avec un eczéma; sa longue durée, d'une part, et son origine bulleuse, de l'autre, préviennent toute incertitude. Les mouvements des lèvres pour la parole et pour la mastication réveillent incessamment l'éruption. Le pemphigus circonscrit peut aussi présenter la forme circinée [2]. Généralement, il est irrégulier dans ses apparitions et ses extensions.

3° Il se borne quelquefois au tronc et ne se montre ni à la tête ni aux membres. Souvent il affecte les membres, surtout les membres inférieurs, où il peut être une suite de l'action des révulsifs [3].

4° Le pemphigus est d'autres fois *général.* Les bulles confluentes produisent de larges squames. Le tronc, les membres,

(1) *Union méd.*, t. I, p. 152.
(2) Cannet; Thèses, 1855, n° 151, p. 49.
(3) Rayer, p. 299.

le cou, la face, en sont recouverts. Presque toujours les régions palmaire et plantaire, ainsi qu'une partie du cuir chevelu, sont exemptes de lésion. Tout le corps répand une odeur infecte. Cette affection est ordinairement très-grave et même mortelle. Elle a la plus grande analogie avec l'eczéma chronique général. Ce sont surtout les croûtes de la face qui présentent cette ressemblance par leur couleur jaune grisâtre, leur épaisseur, leur consistance, leur forme, tandis que celles du tronc et des membres sont plus minces, plus larges, comme foliacées, quelquefois demi-transparentes, sèches et se détachant par larges lambeaux. Malgré ces différences, qui ne sont pas toujours très-tranchées, il m'aurait paru quelquefois très-difficile de distinguer l'eczéma du pemphigus, si je n'avais pris des renseignements exacts sur le mode de formation de l'exanthème. Or, les malades expliquaient très-clairement que l'éruption avait commencé par des ampoules larges, pleines d'un liquide clair, lésion qu'ils comparaient à une brûlure faite avec l'eau bouillante. Il arrivait aussi souvent que les points qui paraissaient guéris se recouvraient de nouvelles bulles, et alors le diagnostic du pemphigus acquérait une parfaite évidence.

5° Le pemphigus chronique peut alterner ou coïncider avec l'eczéma [1], avec l'herpès circiné [2], avec l'ecthyma, avec le psoriasis, avec le prurigo, etc. De là des complications et des variétés permettant d'établir sur le malade lui-même une sorte de diagnostic comparatif, et de rapporter à chacune de ces affections leurs caractères propres et distinctifs.

6° M. Devergie a décrit un pemphigus *hémorrhagique*, qu'il a observé chez une femme âgée de quarante-cinq ans, offrant des bulles pleines de sang, et en outre des taches violacées et des ulcérations [3].

7° Le pemphigus chronique qui naît sous l'influence d'une lésion de l'innervation, présente un cachet particulier. Je ci-

[1] Obs. de Gilbert. — Obs. de M. Hardy.

[2] Rayer, p. 284.

[3] *Maladies de la peau*, p. 304.

terai comme exemple de cette variété l'observation de Schulze, dont voici le sommaire :

Une femme, âgée de vingt-six ans, mère de deux enfants, ayant eu des parents atteints d'aliénation mentale, affectée elle-même successivement de chlorose, d'aménorrhée, d'hémoptysie, éprouva des accès d'hystérie, de catalepsie et même de dérangement intellectuel. Puis survint, par invasions successives, un pemphigus étendu sur le tronc et sur les membres. La première apparition eut lieu le 28 septembre 1837, et dura jusqu'au 6 octobre. Il se manifesta de nouvelles éruptions : du 8 au 14 novembre, du 7 au 14, et du 23 au 27 décembre, du 3 au 7 janvier, du 24 mars au 10 avril, du 29 juin au 15 juillet. A chaque éruption, il y avait un malaise général, des vertiges, de la somnolence, des vomissements, des douleurs le long du rachis; la malade éprouvait le sentiment de la boule hystérique, et de plus une chaleur brûlante à la peau; le pouls donnait 100 battements par minute, l'urine était rare et rouge; constipation opiniâtre. Alors apparaissaient sur la poitrine, sur les mamelles, etc., des bulles plus ou moins volumineuses, distinctes et confluentes.

Ce fait offre de l'analogie avec celui qu'a rapporté J.-P. Frank, et que j'ai précédemment cité [1]. Chaque invasion nouvelle ressemblait à celle d'un pemphigus aigu; mais ces attaques successives constituaient, par leur ensemble, une maladie chronique dont la forme spéciale caractérise une variété parfaitement distincte.

d. — Marche, terminaisons du pemphigus chronique. — Le pemphigus chronique présente dans son cours des aggravations et des diminutions. Ces vicissitudes ne sont pas subordonnées aux saisons, car on a vu tantôt la guérison ou l'amélioration [2], tantôt la reproduction de la maladie avoir lieu pendant l'été [3].

Quelquefois ces variations coïncident avec des dérange-

(1) T. IV, p. 727.
(2) Scherwin.
(3) Rayer, Obs. p. 291.

ments plus ou moins graves des organes intérieurs, surtout chez les sujets antérieurement atteints de rhumatisme, de goutte, d'asthme, etc. (Duchateau).

Divers observateurs ont noté avec beaucoup de détails le développement progressif et les diverses phases de la maladie.

Le pemphigus chronique s'entretient par des éruptions successives de bulles; celles-ci semblent avoir une durée déterminée, que Reil porte à trois ou quatre semaines. Il m'a paru difficile de fixer des périodes bien précises, parce que les squames se reproduisent presque indéfiniment sur les surfaces qui ont été dépouillées de leur épiderme. Toutefois, après un temps variable, les nouvelles lamelles deviennent de plus en plus minces et la peau semble reprendre son état normal. Mais bientôt des vésicules apparaissent sur ces points, et la maladie recommence. Elle peut durer ainsi plusieurs années, soit d'une manière continue, soit après quelques mois, soit après quelques années de suspension ou de guérison apparente.

Les *récidives* ne sont pas rares. Le malade de Feichtmayr avait eu une première atteinte de pemphigus pendant trois mois, cinq ans auparavant.

Une femme, âgée de cinquante-trois ans, admise à l'hôpital pour un pemphigus chronique, au mois de mai 1844, avait eu la même maladie l'année précédente.

L'un des malades de Willan parut rétabli pendant dix mois.

Le fait suivant présente l'exemple de deux interruptions ayant duré, la première trois mois, et la seconde quatre ans.

Ire Observation. — Marie Gou..., âgée de vingt ans, de Saint-Morillon (Gironde), d'une assez bonne constitution, d'un tempérament lymphatique, a toujours été occupée aux travaux des champs. Elle jouissait d'une assez bonne santé et n'était pas encore réglée lorsque, dans le mois de février 1850, il se manifesta sur la face des vésicules contenant un liquide séreux jaunâtre, puis des croûtes assez épaisses. Cette éruption s'étendit au tronc et aux membres, formant des bulles nombreuses.

Elle entre à l'hôpital le 14 mai; on remarque sur la face des croûtes d'un jaune pâle légèrement verdâtre recouvrant des surfaces humides; sur la poitrine, de larges plaques d'une teinte rosée en partie recouvertes de squames; sur les membres, d'autres surfaces moins étendues

et laissant entre elles des parties de peau saines, mais parsemées de quelques bulles de différentes grandeurs. De toutes ces surfaces suinte un liquide qui tache et empèse le linge. Pas de symptômes fournis par l'appareil digestif; pouls normal. Le traitement a consisté dans l'usage de la tisane de douce-amère et des bains sulfureux. Vers le milieu de juin, les croûtes de la face avaient disparu. A la fin de juillet, la peau avait repris son état normal à la face et au tronc, mais il se développait encore quelques bulles sur les membres. Le 15 août, la malade sort guérie. Elle rentre le 5 décembre de la même année. Le pemphigus a reparu sur les membres inférieurs, principalement aux malléoles et aux genoux. Un liquide séreux s'en écoule. L'appétit est bon, le pouls est un peu fréquent. (Tisane de douce-amère, pilules avec extrait de fumeterre, calomel et soufre doré d'antimoine.) Le 16, des bulles s'élèvent sur les avant-bras; les parties affectées se recouvrent de squames, que l'on humecte avec de l'huile de cade. Les bains sulfureux sont repris pendant le mois de mars. Dès les premiers jours d'avril, l'éruption a disparu. Un cautère est établi à une cuisse. La malade sort de nouveau guérie le 25 avril 1851.

Cette jeune fille a joui d'une bonne santé pendant quatre ans; la menstruation s'est établie avec régularité; mais dans le mois de novembre 1855 le pemphigus a reparu. Des taches rouges avec démangeaison plus ou moins vive précédaient la formation des bulles, qui étaient larges et bientôt remplacées par des croûtes d'un gris jaunâtre ou verdâtre. L'éruption s'est étendue sur la face, le cou, le tronc et les membres, ne laissant de libre qu'une partie des pieds, des mains et du cuir chevelu. C'est dans cet état que Marie G., alors âgée de vingt-cinq ans, s'est présentée à l'hôpital, pour la troisième fois, le 24 janvier 1856. Elle était sans fièvre, la peau avait sa chaleur normale, les diverses fonctions s'exécutaient bien. Les bulles, en très-grand nombre sur le thorax et presque confluentes, étaient, à des périodes diverses, les unes encore entières, d'autres avec des lambeaux d'épiderme, et plusieurs entièrement dépouillées ou recouvertes de squames larges, minces, foliacées, jaunâtres, demi-transparentes. Quelques-unes étaient brunes et teintes d'un peu de sang, que le frottement avait fait couler. La malade ressentait de la chaleur et de la démangeaison sur ces diverses surfaces. Les bulles se multipliaient presque à vue d'œil sur les membres; elles étaient rapprochées et la plupart confluentes.

Cette maladie offrit quelques vicissitudes jusqu'au mois d'août, sous l'influence des applications de collodion et de perchlorure de fer, de glycérine et de tannin, de l'usage interne de l'extrait d'aconit napel, des bains alcalins et amidonnés, puis sulfureux. Le mélange de glycérine et d'oxyde de zinc parut préférable aux autres topiques.

Dans le mois d'août, il survint de la diarrhée, de la toux, le pouls

donnait généralement 80 à 100. Le traitement du pemphigus fut suspendu. Le 12 septembre, la malade se plaignit d'une douleur au côté droit; la toux, la fièvre, devinrent plus intenses; les phénomènes d'une pleurésie se manifestèrent et ne purent être enrayés, l'état de faiblesse de la malade interdisant les émissions sanguines, le pemphigus en pleine vigueur formant la plus large révulsion qu'on pût souhaiter, la diarrhée et l'irritation des voies digestives s'opposant à l'emploi des moyens intérieurs actifs. Cette fille mourut le 17 septembre.

La nécropsie permit de constater une roideur générale du corps, l'extrême pâleur de la peau, couverte de squames larges et minces. Le derme n'était ni épaissi, ni induré; il était plutôt aminci. Il existait une infiltration sous-arachnoïdienne très-prononcée; il y avait aussi un peu de sérosité dans les ventricules latéraux. Le poumon gauche était sain, le droit affaissé sous une fausse membrane extrêmement épaisse, double, et laissant entre ses lames un espace renfermant un fluide séreux. Le cœur est mou, peu développé. Le foie est volumineux; il pèse 1,480 grammes, mais son tissu paraît normal. Sa surface offre des granulations appartenant au péritoine. Les voies digestives offrent de distance en distance des vaisseaux injectés et des surfaces rouges, recouvertes d'un mucus épais jaune verdâtre.

Le pemphigus peut se terminer par la guérison; mais les faits précédents prouvent qu'on ne doit pas se hâter de regarder cette heureuse terminaison comme définitive.

Après la dessiccation des bulles et la chute des croûtes, la peau conserve une assez grande sensibilité (1).

Koenig dit qu'une femme, après la guérison du pemphigus, rendit par la bouche de nombreuses pierres (2). Ce fait manque de détails et n'a pas l'authenticité voulue pour être admis.

Le pemphigus, surtout quand il est général, est toujours grave; il l'est surtout quand des ulcérations étendues, des lésions nerveuses (paralysie, folie) (3) ou phlegmasiques, un état fébrile habituel, se joignent à lui.

La mort a été la conséquence des progrès de la maladie elle-même ou de ses complications. La pneumonie, l'hydrothorax, ont amené une mort rapide (4).

(1) Reil, p. 151.
(2) *Collect. acad.*, part. étrang., t. II, p. 526.
(3) Rayer, p. 299.
(4) Meinhardt. — Cazenave; *Annales*, t. II, p. 339. — Gilibert, p. 79.

J'ai vu une pleurésie avec épanchement considérable, produire le même résultat chez deux femmes, l'une âgée de quarante-huit ans, l'autre de soixante-deux.

Chez une autre femme, âgée de cinquante-deux ans, la principale lésion anatomique consistait en une infiltration sous-arachnoïdienne presque générale et une opacité de l'arachnoïde formant une assez large plaque sur les côtés du sinus longitudinal. Cette femme avait éprouvé de très-fortes démangeaisons, s'était écorché les jambes et la face; les paupières étaient enflammées; une vive excitation s'était manifestée dans le système nerveux. Le pouls était devenu extrêmement fréquent.

L'ascite a été observée comme complication grave du pemphigus ([1]).

Le foie a été trouvé, chez quelques malades, volumineux, friable, parsemé de granulations jaunes et rouges, ou petit, gras, brun, sans consistance dans quelques-unes de ses parties ([2]).

J'ai rencontré chez une vieille femme atteinte de pemphigus chronique, le foie, de volume ordinaire, parsemé de tumeurs considérables à kystes fibreux et même osseux, contenant des matières de natures diverses ([3]).

Le pemphigus marche plus vite vers une terminaison funeste quand une cause de débilitation vient ajouter à sa gravité propre. Telle est la diarrhée. Cette complication n'est pas toujours l'indice d'une lésion organique, ni même d'une phlegmasie prononcée du gros intestin. Dans un cas rapporté par M. Devergie, l'intestin n'offrait pas même de rougeur ([4]).

Le pemphigus chronique général fait périr quelquefois par suite de larges et profondes eschares du sacrum. Il peut n'of-

([1]) Gilibert, p. 50. — Cazenave; *Annales des maladies de la peau*, t. II, p. 80.

([2]) Cazenave; *Annales*, t. I, p. 208. Vésicule petite, veine-porte très-engorgée. — *Ibid.*, t. II, p. 80, p. 214. Calcul dans la vésicule.

([3]) Voyez la description de cette altération dans le *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1856, p. 339.

([4]) *Maladies de la peau*, p. 303.

frir pendant la vie ou après la mort aucune lésion susceptible de rendre compte de cette terminaison funeste.

Du reste, les altérations de la peau, au point de vue anatomique, n'offrent dans le pemphigus rien de remarquable. On ne distingue généralement ni érosion, ni épaississement considérable. J'ai vu plutôt le derme aminci, mais moins souple que dans l'état normal, et ayant sa surface lisse, pâle et sèche ou humide. En quelques points seulement, il existait des excoriations, sur lesquelles des croûtes épaisses, d'un gris jaunâtre, étaient comme enchâssées et retenues.

e. — Traitement du pemphigus chronique. — Lorsque le pemphigus est très-étendu, ce qui est la circonstance la plus ordinaire, les soins hygiéniques sont de première nécessité. La propreté la plus grande doit être entretenue autour du malade. Son régime sera analeptique sans être excitant.

Les médicaments internes sont pris principalement dans la classe des toniques. La tisane de saponaire, l'infusion et l'extrait mou de quinquina ont été souvent employés, et je les ai trouvés utiles. Lorsque des accès fébriles se sont manifestés avec quelque régularité, le sulfate de quinine les a combattus avec succès.

J'ai aussi mis en usage les pilules asiatiques, qui souvent n'ont pu être continuées.

Il y a eu parfois de la constipation, que j'ai combattue avec de petites doses d'huile de ricin, plus souvent de la diarrhée, qui a résisté à l'opium, au diascordium, au ratanhia.

Parmi les moyens externes, il faut placer en première ligne les bains. J'ai prescrit d'abord ceux de décoction de son; quelquefois on a ajouté du sous-carbonate de soude, plus souvent du sulfure de potassium.

J'ai constaté l'effet parfois trop excitant de ces bains. Ils ont provoqué de la chaleur, de la fréquence du pouls, de la soif. Il a fallu les ajourner.

Il m'a semblé que le sulfure de calcium était moins excitant. Ce genre de bains sulfureux a produit de très-bons ré-

sultats chez plusieurs sujets. J'ai essayé les bains de guano; je ne leur ai reconnu aucune efficacité spéciale. Les bains de suie n'ont pas eu de résultats plus décisifs.

Quant aux moyens locaux, ils sont relatifs à l'état des parties affectées. Lorsque des vésicules se forment, il ne faut point les ouvrir; aucun soulagement ne suit l'issue du liquide qu'elles renferment, ainsi que Reil en a fait la remarque (1).

Lorsque les surfaces sont rouges, ou si des croûtes épaisses et adhérentes les recouvrent, on y applique de larges cataplasmes de riz. Je me suis aussi servi de glycérine pour ramollir et détacher les squames.

La glycérine, unie à l'huile de cade, a semblé réussir assez bien. Je l'ai prescrite aussi comme excipient de l'oxyde de zinc (glycérine, 40; oxyde de zinc, 20). Cet oxyde a été souvent employé seul. Il diminue rapidement la rougeur et le suintement des surfaces malades.

Le tannin a été prescrit avec la glycérine sans avantage marqué. Il en a été de même du perchlorure de fer, que j'ai essayé et auquel j'ai bientôt renoncé.

Voici, du reste, quelques faits qui serviront à donner de nouveaux détails concernant le traitement.

IIe Obs. — Pierre A..., âgé de quarante-huit ans, de Beaurech (Gironde), de constitution assez forte, éprouva, il y a trois ans, sur les diverses parties du corps, sans cause connue, une éruption consistant en de larges soulèvements de l'épiderme, renfermant de la sérosité, qui s'écoulait bientôt, et formait sur le derme dénudé des pellicules qui se renouvelaient chaque jour. On donna, à la clinique interne, des bains sulfureux, et après un traitement qui dura six mois, la maladie disparut. Mais plusieurs mois après, le pemphigus reparut, et le malade entra dans un autre service, où, indépendamment des bains sulfureux, on administra ceux de guano, qui furent sans effet. Le malade, après être resté deux ans à suivre divers traitements infructueux, sortit encore de l'hôpital, où il rentra le 24 juin 1855, et fut placé pour la seconde fois à la clinique interne.

On observait sur toutes les parties du corps des squames larges, minces, jaunâtres, au-dessous desquelles paraissait le derme dénudé,

(1) P. 150.

rouge et humide. Dans quelques points existaient des bulles larges et aplaties, contenant un fluide séreux. Il y avait aux deux jambes des excoriations assez profondes. Langue normale, appétit conservé, selles ordinaires, pouls fréquent (104), plein; chaleur de la peau peu élevée. Percussion thoracique donnant un son normal. Cœur, battements réguliers sans bruit spécial.

Le traitement consista en pilules asiatiques, tisane de douce-amère, laitage, bains gélatineux. 5 juillet, les bulles ne se reproduisent plus avec la même fréquence, sécheresse plus grande de la peau. 11, légère diarrhée. (Tisane de riz, infusion de quinquina, bains légèrement sulfureux.) 20, pas de diarrhée; desséchement successif de la peau, que tapissent encore des croûtes minces. Le malade veut sortir le 30. Son état est satisfaisant.

IIIe Obs. — Batanchon, âgé de quarante-huit ans, de Belin, laboureur, de tempérament lymphatico-sanguin, ayant eu les fièvres intermittentes à l'âge de vingt-cinq ans, s'aperçut, il y a un an et demi, de l'apparition sur la partie antérieure du thorax d'une plaque rouge arrondie, de 4 à 5 centimètres de diamètre, qui rendit de la sérosité et se couvrit d'une croûte. Une éruption analogue ne tarda pas à se former sur le reste du tronc et sur les membres. On fit prendre des bains sulfureux et alcalins, et de plus une solution arsenicale. La maladie ayant persisté, B... se présenta à l'hôpital le 10 janvier 1856. Face colorée, pouls normal, langue naturelle, appétit conservé, selles régulières. Toute la surface du corps est recouverte de larges lamelles épidermiques, minces, demi-transparentes, d'un blanc jaunâtre, se détachant facilement et laissant voir le derme rouge et humide. La sérosité qu'exhale la peau empèse le linge et le tache. Les bras et les mains ne présentent que peu de croûtes. On remarque dans les paumes des mains des vestiges de bulles qui sont desséchées. Sur la face, les croûtes sont moins grandes, plus épaisses et plus sèches. Les paupières sont à peu près complétement dégarnies de cils; leur bord libre est rouge et douloureux. Le lit est parsemé de larges squames épidermiques. (Bains d'eau de son, puis bains gélatineux, amidon pour saupoudrer les surfaces excoriées, tisane de saponaire, pilules avec extrait de ménianthe et de fumeterre et soufre doré d'antimoine.) Ces moyens sont continués pendant plusieurs jours.

Le 20, je fais oindre un côté du corps avec l'huile de cade, et l'autre avec la glycérine; on remarque sur ce dernier que la peau se nettoie mieux, et sur le premier une vive démangeaison, de la rougeur et une exsudation plus abondante. Je fais remplacer l'huile de cade par un mélange de glycérine et d'oxyde de zinc. Le malade est soulagé; puis on essaie un mélange de collodion et d'oxyde de zinc; il en résulte

une vive douleur. Le collodion est employé avec le perchlorure de fer. L'excitation est plus vive; il survient des accès de fièvre, qui se répètent chaque jour. (Potion avec sulfate de quinine, 0,50, et extrait mou de quinquina, 2.) Les accès diminuent et disparaissent. Plusieurs des surfaces qui avaient reçu le contact du perchlorure de fer et du collodion sont à peu près saines. La peau du nez, d'une grande partie de la cuisse gauche, est dans l'état normal. 1er mars, il y a eu de la fièvre la nuit précédente. Le malade s'était fortement gratté; le membre inférieur droit est très-rouge. Les draps sont tachés par une exsudation abondante. (Embrocation sur les surfaces excoriées avec glycérine 30 grammes, et tannin 3 grammes; en outre, calomel et oxyde de zinc pour saupoudrer quelques-uns des points les plus irrités; bains avec le sulfure de calcium.) 24 mars, de nouvelles bulles se forment sur l'articulation tibio-tarsienne gauche. Le traitement est suspendu pendant quelques jours. 10 avril, les accès de fièvre ont reparu, le sulfate de quinine est administré de nouveau. Diminution de la fièvre. L'épiderme se détache par lames minces et larges, mais moins nombreuses, et l'exsudation a diminué. La glycérine et l'oxyde de zinc sont employés, et n'irritent nullement. 15, l'épiderme paraît se reformer d'une manière plus normale. (Bains d'eau de son, poudre de calomel et d'oxyde de zinc sur quelques points excoriés.) 27, les croûtes de la partie inférieure de l'abdomen ont entraîné la chute des poils du pubis. 30 avril, bains de décoction de suie. 1er mai, picotement pénible sur tout le corps, mais moins d'exsudation. 3 mai, bains avec le sulfure de calcium. 4, la rougeur a beaucoup diminué; 8, elle a disparu. (Continuation des bains légèrement sulfureux.) 30 juin, les croûtes de la presque totalité du corps sont tombées, la peau se montre avec sa couleur normale. 5 juillet, légère diarrhée. (Tisane de riz, continuation des bains sulfureux.) 3 août, le malade sort guéri. Il ne s'est pas reproduit de bulles depuis plusieurs jours; il ne reste que quelques croûtes très-minces.

IVe Obs. — Pierre F..., âgé de quarante-neuf ans, du département de la Dordogne, domicilié à Coutras (Gironde), vigneron, sujet à des affections rhumatismales, avait vu depuis environ sept mois se former sur les jambes des bulles qui avaient successivement gagné le reste des membres, puis le tronc et la face. Ces bulles, de grosseur variable, ressemblaient à celles qu'aurait pu produire le contact de l'eau bouillante; en outre, il s'était formé des croûtes minces d'un blanc grisâtre, recouvrant une peau rouge et humide, mais unie et sans apparence d'ulcération. Une démangeaison assez vive obligeait le malade à frotter alternativement les diverses parties affectées. Du 29 février 1856, date de l'entrée à l'hôpital, au 21 mars, époque de sa sortie, ce malade a

été soumis à l'emploi de la tisane de saponaire, des bains d'eau de son, des bains de sulfure de calcium et d'un mélange de glycérine et d'huile de cade. Quelques bulles nouvelles ont apparu de loin en loin, puis il ne s'en est plus formé; les croûtes se sont détachées, et le malade a pu sortir guéri.

Ve Obs. — Jeanne J..., âgée de quarante-trois ans, de Saint-Selve Gironde), aubergiste à Saint-Vincent-de-Pertignac, canton de Pujol, mariée et mère de trois enfants, de stature moyenne, d'assez forte constitution et d'un tempérament sanguin, avait logé pendant quatre ans dans une chambre humide; mais son régime était assez bon. Ses règles étaient supprimées depuis deux mois. Elle avait eu, il y a trois ans, une névralgie sciatique; elle a éprouvé de vifs chagrins.

En juin 1856, sans cause appréciable, et après quelques jours de maladie suivis d'une lassitude générale, cette femme vit se former sur la face antérieure des deux avant-bras de petites taches circulaires, d'un rose vif, qui s'élargirent peu à peu, et furent remplacées par des bulles d'une teinte opaline. Il en apparut de semblables à la jambe droite. Ces bulles disparurent au bout de quelques jours, et ne se reproduisirent qu'après plusieurs mois, c'est-à-dire en décembre. Les bulles furent plus nombreuses qu'à la première invasion, elles avaient de 2 à 4 centimètres de largeur, et étaient le siége d'une très-vive démangeaison. Le liquide qui provenait des surfaces dénudées était d'un jaune citron transparent. Des croûtes minces d'aspect épidermique recouvraient le derme. Les bulles envahirent avec rapidité les membres supérieurs et inférieurs. Un bain avec la décoction d'écorce de chêne, de l'alun et de la cendre, fut administré, et dès le lendemain l'épiderme se détacha par larges lambeaux sur tous les points malades. Les parties du corps dont l'épiderme n'avait pas été soulevé par des bulles furent elles-mêmes le siége d'une exfoliation très-marquée. La malade assure que son corps paraissait avoir subi l'action de l'eau bouillante. Il n'y eu ensuite aucune exsudation.

La malade fut portée à l'hôpital le 15 juin 1857. Point de lésions dans les organes circulatoires, respiratoires et digestifs; mais soif vive. La surface du corps est couverte de lamelles larges, minces, foliacées. Le derme est rougeâtre et humide; les croûtes de la face sont petites, plus ou moins épaisses, grisâtres, adhérentes, et assez semblables à celles de l'eczéma. (Bains d'eau de son; tisane de saponaire; glycérine, 40 grammes, avec oxyde de zinc, 10 grammes. Pour aliments : pain et lait.) 27, amélioration notable; les lamelles épidermiques se détachent activement et ne se reproduisent qu'en certaines parties. Continuation des autres moyens. La malade quitte l'hôpital le 5 juillet dans un état très-satisfaisant. Elle n'y est pas revenue.

IV. — RUPIA.

Le rupia vient naturellement se placer entre le pemphigus chronique et l'ecthyma. Comme le premier, il naît par une bulle; comme le second, il offre des croûtes épaisses, brunes, recouvrant des surfaces excoriées. Willan n'avait pas séparé ces deux derniers genres de dermatoses. Bateman jugea qu'il fallait décrire spécialement le rupia, et il le plaça parmi les vésicules ([1]). Biett, M. Rayer ([2]), M. Gibert, l'ont rangé avec les bulles.

Le mot *rupia* (ρυπος, ordure) désigne une affection qui semble plus que les autres souiller l'enveloppe cutanée et tenir à une détérioration générale de l'économie. C'est peut-être le *terminthus* des anciens ([3]), le *malum mortuum* de Théodorick ([4]) et de Jean de Vigo ([5]), qu'Alibert nomme *spiloplaxia* ([6]); toutefois, il a plus tard rattaché le rupia au *phlyzacia chronique* ([7]).

Bateman a distingué trois espèces de rupia, désignées par les noms de *simplex, proeminens* et *escharotica*. La première forme le type du genre; la deuxième n'en diffère que par l'épaisseur et la conicité des croûtes; la troisième se caractérise par l'aspect gangréneux des surfaces altérées.

a. — Causes du rupia. — Cette maladie se montre aux divers âges. L'enfance est particulièrement exposée à celui qu'on a nommé *escharotica*. La vieillesse est sujette aux deux autres variétés.

Cette maladie affecte les deux sexes.

Les individus dont la santé a été altérée par des excès de

([1]) *Pract. synopsis of cut. diseases*, p. 240.
([2]) *Maladies de la peau*, t. I, p. 302.
([3]) Lorry; *De morbis cutaneis*, p. 262.
([4]) *Chirurg.*, lib. III, cap. XLIX.
([5]) *Tract. in art. chir.*, cap. V, p. 3. — Rayer, t. II, p. 854. — Alibert.
([6]) *Revue méd.*, 1829, t. IV, p. 169.
([7]) *Monographie des dermatoses*, p. 68.

diverses sortes ([1]), par de mauvaises conditions hygiéniques, ceux qui vivent dans la misère ([2]), sont particulièrement menacés de rupia. Je l'ai vu à l'hôpital chez une femme épuisée par un long allaitement et par une nourriture peu réparatrice.

Selon Alibert, l'automne dispose au développement de cette maladie, qui, d'après M. Devergie, est plus fréquente en été et en hiver ([3]).

Un bain de vapeur paraît avoir, dans une circonstance, provoqué presque immédiatement son apparition ([4]).

Il est des maladies aiguës qui, ayant porté une atteinte profonde aux forces de l'organisme, deviennent des causes de rupia. Telle est la variole confluente, telle est la fièvre typhoïde ([5]).

Le rupia peut se développer, comme on le verra plus loin, sous l'influence des diathèses syphilitique et scrofuleuse; mais il est aussi l'une des manifestations de la diathèse herpétique. On le voit portant ce caractère chez des individus qui ne se trouvaient pas dans les conditions précitées; je l'ai observé spécialement chez trois femmes qui n'avaient aucun indice de syphilis ou de scrofules, mais qui avaient éprouvé de violents chagrins. Deux étaient veuves; elles avaient eu un enfant; elles vivaient dans une grande aisance. La troisième était une femme de chambre de bonne maison, ayant eu un enfant illégitime et ayant subi d'assez rudes épreuves. Toutes trois étaient d'un tempérament éminemment nerveux et avaient la peau douée de cette susceptibilité herpétique qui la rend apte à s'irriter par des causes très-légères. Lorsque je vis ces malades, elles portaient depuis plusieurs mois des ulcérations arrondies et recouvertes de croûtes épaisses, au nombre de 3 ou 4 à chaque jambe. Les moyens employés, et qui réussirent, prouvèrent la nature herpétique de ce rupia.

([1]) Cazenave; *Annales*, t. III, p. 208.
([2]) Alibert; *Dermatoses*, p. 70.
([3]) *Maladies de la peau*, p. 372.
([4]) Cazenave; *Annales*, t. III, p. 208.
([5]) Cazenave; *Gaz. des Hôpit.*, 1850, p. 538.

5. — Symptômes du rupia. — 1° Le premier phénomène offert par la partie où le rupia doit se développer est une tache arrondie et livide.

2° Bientôt l'épiderme est légèrement soulevé ; une bulle aplatie s'est formée. Il est rare qu'on ait l'occasion d'observer cette bulle, qui ne tarde pas à s'ouvrir et à s'affaisser.

3° Le liquide qu'elle contient est d'abord séreux, assez clair ; il devient rapidement trouble, sanieux ou purulent.

4° La bulle ouverte se recouvre d'une croûte plus ou moins épaisse, sèche, rugueuse, grisâtre ou brune, qui s'accroît par couches successives, formées les unes au-dessous des autres. Ce mode de formation rend raison de l'aspect des croûtes dans le rupia proéminent. En effet, la première croûte étant produite, la surface altérée s'étend un peu et forme une seconde couche qui a plus de largeur que la première. Le rupia faisant encore quelques progrès à sa circonférence, et de nouvelles couches soulevant les premières, la croûte fort épaisse qui résulte de ces sous-additions prend une forme conique, et fait une saillie plus ou moins marquée. On l'a comparée avec assez de justesse à une écaille d'huître. Sous la croûte du rupia se trouve presque toujours de la matière purulente, qu'on exprime tout autour en pressant sur le centre.

5° Lorsque la croûte est détachée, on trouve le derme excorié, ulcéré, blafard ou livide, inégal, fongueux, saignant facilement. Dans le *rupia escharotica,* cette surface est noirâtre ; il s'en écoule une sanie lie de vin.

6° La circonférence de l'ulcération présente une auréole rougeâtre.

7° Le rupia est une dermatose essentiellement chronique. C'est l'origine de beaucoup d'ulcères atoniques, sanieux, infects, qu'on a beaucoup de peine à guérir.

8° Lorsque le traitement du rupia est efficace, l'ulcération guérit par une cicatrice déprimée et longtemps livide.

9° Le rupia se montre généralement par plaques isolées, mais plus ou moins nombreuses dans la même région. Les jambes sont de toutes les parties celles où il se rencontre le

plus souvent ; puis viennent les cuisses [1], les membres supérieurs, le tronc, la face. M. Devergie ne l'a jamais vu aux parties génitales. [2]. Il peut être répandu sur les diverses parties du corps. Tel est un exemple fort remarquable de rupia proéminent général qu'a rapporté M. Gibert [3].

c. — **Diagnostic du rupia.** — Cet aperçu des symptômes, des phases, du siége du rupia, éclaire le diagnostic. Jamais le pemphigus ne se recouvre de croûtes aussi épaisses, aussi saillantes que le rupia. L'ecthyma est dès le principe une pustule et non une bulle. Cette différence, à vrai dire, est bien fugitive. Dès que la croûte est formée, ce qui ne tarde pas, on ne sait plus s'il s'agit d'un rupia ou d'un ecthyma. Il faut alors avoir égard au volume et à la forme des croûtes. Celles du rupia, surtout s'il est proéminent, se distinguent par leur épaisseur et par la saillie qu'elles font.

M. Devergie a décrit un herpès rupiforme [4] et un impétigo rupiforme ou scabida [5]. Ce sont quelques-unes des mille combinaisons que présentent les dermatoses, si variées dans les formes qu'elles affectent. Il suffit d'avoir bien établi les caractères des genres, pour que les nuances intermédiaires se reconnaissent aisément.

d. — **Pronostic du rupia.** — Cette maladie n'est point dangereuse par elle-même. Elle n'est grave que lorsqu'elle est la manifestation d'un état de détérioration et d'affaiblissement de l'économie.

Quand il est général, il ajoute à la débilité et à la cachexie. Cependant, il ne fait pas périr, mais il peut ne pas guérir; témoin celui dont a parlé M. Gibert. La malade ne fut admise à l'hôpital Saint-Louis qu'après un an à dater de l'invasion

(1) Devergie, p. 372.
(2) *Ibid.*, p. 373.
(3) *Revue médicale*, 1843, t. I, p. 161.
(4) P. 377.
(5) P. 376.

du rupia, et deux ans après, lorsque son observation fut publiée, elle occupait encore le même lit sans avoir éprouvé le moindre amendement [1].

e. — Traitement du rupia. — Il importe de remédier à l'état vicieux de l'organisme, qui produit la dermatose dont il s'agit. Il convient donc de placer les malades dans une atmosphère pure et, selon Alibert, dans un air frais. Il faut aussi leur donner une nourriture saine et fortifiante.

On recommande l'emploi des toniques, et principalement des ferrugineux et des amers. Mais il faut mettre dans leur administration une certaine mesure.

Les bains sulfureux ont été mis en usage avec succès. C'est le moyen que j'ai toujours employé, surtout dans les cas précédemment signalés. Leur efficacité m'a paru incontestable. Toutefois, ils peuvent provoquer une réaction fébrile qui réclamerait l'emploi des émissions sanguines, ainsi que l'a vu M. Rayer [2].

Quant aux moyens locaux, ils varient selon les circonstances. Si la croûte du rupia est sèche, si en la comprimant on ne fait suinter de dessous ses bords ni sanie ni pus, on peut la laisser, ainsi que le conseille M. Devergie. Mais lorsqu'on s'aperçoit qu'une matière ichoreuse séjourne sous les croûtes, je suis d'avis de détacher celles-ci à l'aide d'un cataplasme ou d'un emplâtre diachylon, lequel les ramollit en retenant les fluides perspirés.

Lorsque la surface ulcérée est mise à découvert, si elle est rouge, irritée, très-sensible, on la saupoudre avec de l'amidon ou de la farine de riz ; si elle est entourée d'une auréole enflammée, on la recouvre d'un cataplasme de riz ou de mie de pain.

Si cette surface est blafarde, livide ou grisâtre, si elle n'est pas trop sensible, on peut en réveiller la vitalité par l'emploi des toniques, des stimulants ou des cathérétiques. On a em-

(1) *Revue méd.*, 1843, t. I, p. 162.
(2) *Maladies de la peau*, t. I, p. 811.

ployé la crême de tartre (1), le sulfate de zinc, les acides nitrique et hydrochlorique, le nitrate acide de mercure. M. Corrigan recommande l'iode et l'azotate d'argent, incorporés à la dose de 20 à 30 centigrammes dans 30 grammes de cérat. M. Ogier Ward emploie le nitrate de plomb dans une grande quantité d'eau (environ 500 gr. pour 2 gr.); c'est en même temps un désinfectant (2). Ces moyens conviennent surtout dans le rupia escharotica.

Lorsque le derme ulcéré est en même temps fongueux et saignant, ces topiques pourraient provoquer des hémorrhagies. Je donne la préférence, dans tous les cas, au crayon de nitrate d'argent. Les pansements peuvent être faits, s'il n'y a pas trop d'excitation, avec des plumaceaux enduits d'onguent Styrax, dont M. Cazenave a constaté l'utilité.

Pendant le traitement du rupia, il faut prendre quelques précautions, observer le repos, éviter la position déclive des parties affectées, et si le membre est très-engorgé, faciliter la résolution par l'application d'un bandage légèrement compressif, etc.

§ IV. — Herpétides pustuleuses.

I. — ECTHYMA CHRONIQUE.

Le mot *ecthyma*, *εκθυματα*, a été employé par Hippocrate pour désigner des pustules dont la marche est chronique. Il parle d'une femme qui pendant l'allaitement eut des *boutons* sur tout le corps, lesquels disparurent en été lorsque cette malade cessa de nourrir (3).

L'ecthyma, selon Alibert, est une affection phlyzaciée. C'est, d'après Willan, une pustule circonscrite, discrète, apyrétique et non contagieuse; il en a distingué quatre espèces, sous les noms de *vulgare, infantile, luridum* et *cachecticum*.

La seconde de ces espèces ressemble à la première; seule-

(1) Payer, p. 306.
(2) *Bullet. de Thérap.*, t. XLIV, p. 133.
(3) IIe livre des *Épidémies*, IIe section. Trad. de Littré, t. V, p. 91.

ment, elle prolonge davantage sa durée et se répand sur un plus grand nombre de régions ([1]). L'ecthyma luridum se rapproche beaucoup de l'ecthyma cachecticum, comme l'ont fait remarquer M. Gibert ([2]) et M. Devergie ([3]); ce ne sont, à proprement parler, que des formes amoindries ou modifiées du rupia.

M. Rayer n'a fait que deux variétés, l'ecthyma aigu et l'ecthyma chronique.

On a donné quelquefois le nom d'*ecthyma aigu* à une affection pustuleuse qui persiste pendant plusieurs mois, et se compose d'éruptions successives ([4]) formant, par leur enchaînement, un ensemble morbide essentiellement chronique.

L'ecthyma chronique constitue la variété la plus ordinaire et le type le mieux dessiné du genre.

α. — Causes de l'ecthyma chronique. — Cette dermatose se manifeste à tous les âges. La première enfance y est assez exposée, et même l'une des formes de cette affection semble lui appartenir d'une manière plus spéciale. La vieillesse n'en met pas à l'abri; cependant, M. Devergie fait remarquer que dans ses relevés parmi les individus atteints d'ecthyma, il n'en trouve pas qui aient plus de cinquante-cinq ans ([5]).

Les deux sexes peuvent être atteints d'ecthyma; il m'a paru cependant que le plus grand nombre des malades étaient du sexe masculin ([6]).

Il attaque soit les individus à peau brune, sèche, irritable, soit ceux dont le tempérament est lymphatique et la constitution débilitée.

Des causes locales peuvent provoquer son développement. On l'observe chez les ouvriers qui manient la chaux, le sucre,

([1]) Bateman, p. 184.

([2]) *Maladies de la peau*, p. 190.

([3]) *Ibid.*, p. 333.

([4]) Voyez une Observation de M. Cazenave. (*Annales*, t. IV, p. 215.) La maladie commença en décembre; elle n'était pas terminée en mai, époque où le fait fut publié.

([5]) *Maladies de la peau*, p. 336.

([6]) Telle est aussi l'opinion de M. Cazenave. (*Bullet. de Thérap.*, t. X, p. 221.)

les métaux. Il est assez fréquent parmi les chapeliers, les fondeurs, les épiciers, les cuisiniers. Les topiques irritants, surtout le tartre stibié, peuvent le produire. Il se manifeste souvent à la suite ou même pendant l'emploi des bains thermaux, surtout si déjà la constitution y était prédisposée.

On a cru remarquer que l'ecthyma se produit plus fréquemment en certaines saisons. D'après M. Cazenave, c'est en automne et en hiver [1]; selon M. Devergie, en été et au printemps [2]; suivant M. Rayer, c'est dans cette dernière saison [3]. Chez deux malades que j'ai observés, et qui depuis plusieurs années étaient affectés d'ecthyma, c'était tous les ans au printemps que l'éruption reparaissait; elle se prolongeait plusieurs mois. L'influence fâcheuse de l'hiver peut avoir été la cause première des affections qui éclatent au printemps. D'ailleurs, l'air humide et froid, les habitations basses et mal aérées, ont été rangées parmi les causes de l'ecthyma.

Une mauvaise nourriture agit d'une manière non moins défavorable. C'est lorsque le lait n'est pas assez nutritif ou qu'il provient d'une nourrice malsaine, que les jeunes enfants présentent ces éruptions pustuleuses, souvent générales, qui constituent l'*ecthyma infantile*. Les aliments excitants, altérés, les boissons spiritueuses de mauvaise qualité, les excès de tous genres et surtout les excès vénériens [4], peuvent amener le développement de cette éruption.

Elle est souvent liée à un état morbide des voies digestives. Biett l'a vue alterner avec des attaques d'asthme nerveux [5]. On l'observe à la suite de quelques maladies graves, de la fièvre typhoïde. Elle est assez fréquente dans la convalescence de la variole.

L'acarus de la gale produit parfois des pustules qui sont de véritables ecthyma. Mais cette dermatose peut être la suite

(1) *Bullet. de Thérap.*, t. X, p. 221.
(2) *Maladies de la peau*, p. 336.
(3) *Maladies de la peau*, t. I, p. 728.
(4) Cazenave; *Annales*, t. I, p. 263.
(5) *Dictionnaire de Médecine*, 2e édition, t. II, p. 169.

d'une irritation prolongée de la peau par la présence non combattue du sarcopte. Ainsi, j'ai vu chez un malade âgé de cinquante-un ans, la peau recouverte de pustules d'ecthyma qui se succédaient depuis quatre mois à la suite d'une gale qui avait été opiniâtre.

L'eczéma, le prurigo, le lichen, se compliquent souvent d'ecthyma. Celui-ci se développe surtout chez les sujets qui ont offert depuis longtemps des indices de la diathèse herpétique, et particulièrement lorsque cette disposition est héréditaire [1].

b. — **Symptômes de l'ecthyma chronique.** — 1° L'ecthyma s'annonce par une tache rouge, un peu saillante, plus ou moins dure, arrondie ou ovalaire, ayant de 5 millimètres à 1 ou 2 centimètres de diamètre.

2° L'épiderme se soulève; il forme une surface légèrement convexe, sous laquelle se trouve une matière séreuse, trouble, ou du pus. Dans cet état l'ecthyma ressemble à la pustule variolique parvenue à la période de suppuration.

3° Le pus se concrète en partie; il tapisse la face interne de l'épiderme soulevée, en y formant une sorte de fausse membrane; il en résulte une croûte épaisse, jaune, brune ou noirâtre, adhérente et comme enchâssée dans le pourtour de de la pustule.

4° Cette croûte est entourée par une auréole plus ou moins large, d'une rougeur assez vive dans l'ecthyma ordinaire, livide ou violacée dans l'ecthyma luridum, ainsi que dans le cachecticum.

5° Lorsque la croûte se détache, on trouve au-dessous une surface excoriée, couverte de matière sanieuse; elle est plus ou moins déprimée, tandis que les bords sont élevés.

6° L'ulcération, qui souvent est grisâtre, prend une couleur plus vermeille quand elle tend vers la cicatrisation. Celle-ci s'effectue, mais en laissant une trace plus ou moins sensible.

[1] Cazenave; *Annales*, t. I, p. 261.

7° Les pustules de l'ecthyma sont ordinairement discrètes; mais il s'en trouve quelquefois de fort rapprochées.

8° Leur nombre est très-variable; on peut n'en compter que trois ou quatre assez volumineuses; d'autres fois elles sont plus multipliées, mais aussi plus petites.

9° Leur siége le plus ordinaire est aux membres et surtout aux membres inférieurs. Elles se montrent aussi aux avant-bras, aux poignets, à la région dorsale des mains ([1]), aux épaules, au cou, plus rarement à la face et au cuir chevelu ([2]). M. Rayer les a vues formant comme une zone autour du tronc ([3]). L'ecthyma des enfants est ordinairement disséminé sur les diverses parties du corps.

10° Le siége anatomique de l'ecthyma n'est pas exactement déterminé. Selon Biett, il appartient aux follicules sébacés. M. Cazenave combat cette opinion, en faisant remarquer que l'ecthyma peut se montrer à la paume des mains, à la plante des pieds, régions où n'existent pas des follicules sébacés ([4]).

11° Les pustules de l'ecthyma, considérées en particulier, peuvent n'avoir qu'une durée assez courte; mais elles se succèdent et donnent à la maladie une marche fort lente.

12° Malgré ces caractères de chronicité, cette dermatose peut s'accompagner de temps à autre d'une certaine réaction. Quelques éruptions sont précédées de malaise, de chaleur, de soif, d'anorexie, de fréquence du pouls, de céphalalgie.

13° Lorsque les pustules sont voisines de quelques ganglions lymphatiques, elles peuvent en provoquer l'irritation et le gonflement. Cela se voit quelquefois pour ceux de l'aissèle, quand le bras est affecté ([5]).

14° L'ecthyma qui accompagne une détérioration générale de l'organisme, présente en outre, pour symptômes : la maigreur, la décoloration, l'affaiblissement, souvent une fièvre

([1]) Asselin; *Sur l'ecthyma*. (Thèse. Paris, 1837, n° 15, p. 16.)
([2]) *Ibid.*, p. 18.
([3]) *Maladies de la peau*, t. I, p. 724.
([4]) Cazenave; *Annales des maladies de la peau*, t. I, p. 257, p. 262.
([5]) Cazenave; *Annales*, t. I, p. 262.

lente, parfois le trouble des fonctions digestives; mais l'ecthyma n'est qu'un des effets de la cause qui produit ces symptômes graves. Hors ces circonstances, il n'est point par lui-même une maladie sérieuse.

c — **Traitement de l'ecthyma chronique.** — Le traitement de l'ecthyma chronique ressemble beaucoup à celui du rupia. On doit employer d'abord les émollients, faciliter la chute des croûtes, toucher les surfaces excoriées et grisâtres avec le nitrate d'argent ou tout autre cathérétique, ou avec quelque astringent.

Les bains sulfureux sont d'une grande utilité.

Un régime adoucissant ou fortifiant, selon les dispositions générales de l'individu, les médicaments toniques, dépuratifs, les amers, les ferrugineux, sont fréquemment indiqués.

II. — IMPÉTIGO.

Celse s'est servi du mot *impétigo* pour désigner quatre espèces d'affections cutanées, l'une rouge, dure, ulcérée et rougeâtre; la seconde, papuleuse et squameuse, qu'il appelle *rubrica*, à cause de sa couleur foncée; la troisième, plus grave, d'une teinte obscure et qu'il nomme *nigra;* la quatrième, plus difficile à guérir, d'une couleur blanchâtre, couverte de squames et fournissant du sang par des fissures et des érosions. Il ajoute que ces diverses formes de maladies attaquent les pieds, les mains et même les ongles.

Galien mentionne l'impétigo sans en donner une idée précise, et en fait deux espèces.

Cette expression était devenue tellement vague, que Sauvages s'en servit pour désigner un ordre entier de cachexies, les *impetigines,* comprenant la syphilis, le scorbut, l'éléphantiasis, la lèpre, la gale, la teigne ([1]).

Lorry, tout en restreignant l'acception du terme *impétigo,*

([1]) *Nosologia*, t. II, p. 557.

d'origine simplement latine, et supposant qu'il répond au mot grec *lichen*, demeure dans l'incertitude sur les caractères de l'affection désignée, rejetant ses doutes sur les différences qu'elle présente selon la température des pays et la constitution des individus [1].

C'est encore à Willan qu'est due la définition la plus précise du mot *impétigo*. C'est une éruption de petites pustules psydraciées, sans fièvre et non contagieuses.

A cette dermatose correspond celle qu'Alibert nomma d'abord *dartre crustacée* [2], et plus tard *mélitagre*, mot qu'il attribue gratuitement à Galien [3] et qui ne se trouve ni dans ses écrits ni dans ceux des médecins appartenant à son école [4].

Le genre impétigo a été divisé par Willan, Bateman, Biett, MM. Cazenave, Gibert, etc., en cinq espèces, sous les noms de *figurata*, *sparsa*, *erysipelatodes*, *scabida* et *rodens*. M. Devergie a ajouté le *pilaris*, le *purifluens* et plusieurs espèces composées.

On a distingué d'une manière plus générale l'impétigo en aigu et chronique. Le premier est une affection pustuleuse fort simple, qui s'observe assez souvent chez les jeunes sujets, et parfois guérit spontanément, mais qui plus souvent n'est que la première période de l'impétigo chronique, lequel donne le véritable type du genre.

La plupart des divisions établies par les dermatologistes ne constituent pas des espèces; elles établissent à peine des variétés ou des formes dépendant de circonstances parfois peu importantes.

a. — Causes de l'impétigo. — L'impétigo est commun aux deux sexes. Les vingt-six exemples recueillis à la clinique se partagent entre 14 hommes et 12 femmes.

(1) *De morbis cutaneis. De impetigine*, p. 348.

(2) *Précis théorique et pratique sur les maladies de la peau*, t. I, p. 232.

(3) *Monographie des dermatoses*, p. 404.

(4) Ce mot n'existe même pas dans le Lexicon de Castelli

C'est une affection plus fréquente dans la première que dans la seconde moitié de la vie. Elle n'épargne pas les jeunes enfants; elle s'observe dans l'adolescence et surtout de quinze à trente ans.

M. Devergie, ayant fait ses relevés sur une grande échelle, a reconnu que de 241 individus atteints d'impétigo, 101 avaient moins de vingt-cinq ans, 64 de vingt-cinq à trente-cinq ans, 42 de trente-cinq à quarante-cinq ans, 21 de quarante-cinq à cinquante-cinq ans; 6 avaient plus de cinquante-cinq ans [1].

Le même observateur s'est assuré que le tempérament lymphatique prédispose à l'impétigo, et que les individus atteints de cette maladie avaient eu souvent dans leur enfance des ganglions engorgés.

Toutefois, ce ne sont pas seulement les personnes dont la peau est blanche, dont les cheveux sont blonds, que l'impétigo menace. On le voit aussi sur des peaux brunes, et avec un système pileux fortement prononcé et coloré.

On a cru remarquer que telle variété de l'impétigo était plus fréquente dans une saison que telle autre. Suivant M. Cazenave, le figurata se voit surtout au printemps, et le sparsa en automne [2]. D'après M. Devergie, l'été et l'hiver se partagent par égale portion le plus grand nombre des cas [3].

Un mauvais régime, des fatigues excessives, des affections morales vives [4], favorisent le développement de cette maladie.

Les troubles de la menstruation [5], l'allaitement prolongé et rendu fatigant par divers états morbides [6], l'âge critique, peuvent encore être placés au nombre des causes de l'impétigo.

Cette dermatose peut avoir été précédée par d'autres affec-

(1) *Maladies de la peau*, p. 313.
(2) *Ibid.*, p. 279 et 282.
(3) *Ibid.*, p. 313.
(4) Cazenave; *Annales*, t. I, p. 367.
(5) *Ibid.*, t. IV, p. 133.
(6) *Ibid.*, t. I, p. 272.

tions cutanées chroniques, comme l'eczéma du cuir chevelu et de la face chez les enfants, le lichen ([1]), etc.

Elle ne peut être considérée comme une éruption critique et salutaire; du moins elle offre rarement ce caractère.

Elle n'est pas contagieuse. Cependant, M. Trousseau dit que des affections de ce genre peuvent se transmettre entre des individus jeunes ([2]), et M. Devergie admet positivement la transmissibilité de l'impétigo, d'après quelques faits qui sembleraient concluants ([3]).

5. — Symptômes de l'impétigo. — Il est rare que l'éruption de l'impétigo soit précédée de quelques symptômes qui appellent l'attention, soit du malade, soit du médecin. Quelquefois cependant le malade se rappelle avoir eu de l'anorexie, du malaise, des lassitudes.

Les phénomènes locaux sont ordinairement les seuls que l'on constate. Parmi les diverses régions, la face est plus souvent que les autres atteinte par l'impétigo. Je l'y ai vu 15 fois sur 26 à la clinique interne. Dans le relevé de M. Devergie, il occupait cette partie 166 fois sur 286, 34 fois le cuir chevelu et 80 fois les membres. Il affecte d'ailleurs quelques siéges spéciaux. Ainsi, à la face on le rencontre souvent sur les joues, sur la lèvre supérieure ou le menton; au crâne, du côté de l'occiput; aux membres, il est plus fréquent à l'avant-bras qu'au bras.

L'impétigo présente dans son développement les phénomènes suivants :

1° Il se manifeste quelques petites taches légèrement colorées et peu saillantes, parfois un véritable érythème, sur les points où l'éruption pustuleuse doit se faire.

2° Des pustules ne tardent pas à se montrer. Elles sont petites et rapprochées. Elles ont le volume d'un grain de millet ou de chénevis; elles sont convexes et même acuminées. A

([1]) *Lichen agrius*. (Rayer; *Maladies de la peau*, t. I, p. 677.)
([2]) *Journal de Médecine*, 1844, p. 6.
([3]) *Maladies de la peau*, p. 314.

ces traits, il est facile de les distinguer de celles de l'ecthyma, qui sont plus volumineuses, moins nombreuses et disséminées. Tantôt elles sont confluentes et assez multipliées pour figurer une plaque large, arrondie, irrégulière; tantôt elles forment des petits groupes isolés. Le premier arrangement constitue l'impétigo *figurata,* le second l'impétigo *sparsa.* Le premier est plus fréquent à la face, et le second aux membres et au cuir chevelu.

3° La production de ces pustules est accompagnée de chaleur, de prurit, de cuisson.

4° Sous l'épiderme s'accumule du pus, qui sort lorsque la pustule s'ouvre. Un suintement purulent peut s'établir; il est presque inévitable si des topiques irritants sont appliqués sur les surfaces malades. Les dispositions du sujet peuvent aussi rendre cette sécrétion plus abondante; alors l'impétigo est appelé par M. Devergie *purifluens* (1). D'autres fois le pus ne coule pas, mais il forme une couche épaisse sur les parties malades (2).

5° Plus souvent la matière purulente est en petite quantité; elle se concrète et produit des *croûtes* jaunâtres, ou d'un gris verdâtre, ou brunes. Ces croûtes diffèrent de celles de l'eczéma, toujours plus minces, plus larges et plus uniformes.

Quand ces croûtes sont jaunâtres, elles ressemblent à un suc gommeux concrété, ou à du miel. C'est à cause de cette ressemblance, rarement parfaite, qu'Alibert avait donné à l'impétigo le nom de *mélitagre.* Lorsque les croûtes s'entassent, se groupent à la manière d'une cristallisation, Alibert, conduit par une comparaison peu rigoureuse, appelait cette dartre crustacée *stalactiforme.*

Lorsque l'impétigo présente des croûtes larges, épaisses, rugueuses, fendillées, comme l'écorce de certains arbres, Willan l'appelle *scabida.*

6° L'impétigo sparsa du cuir chevelu produit chez les en-

(1) *Gaz. des Hôpit.*, 1845, p. 294.

(2) Rayer; *Maladies de la peau,* t. I, p. 692. – Cazenave; *Annales,* t. III, p. 71; t. IV, p. 133.

fants mal soignés des croûtes grisâtres ou brunes, qui s'attachent aux cheveux sans en provoquer la chute, qui deviennent sèches, dures, friables, répandent souvent une odeur désagréable et abritent ordinairement des myriades de poux. C'est la *porrigine granulée* d'Alibert, l'*impétigo granulata* de MM. Cazenave et Schedel ([1]), et ce qu'on appelle vulgairement *galons*.

7° L'impétigo, qui se développe au voisinage d'un bulbe pileux, principalement sur le sternum ou sur les jambes chez les individus velus, peut se présenter sous l'aspect de pustules dont la croûte est traversée à son centre par un poil. C'est l'*impétigo pilaris* de M. Devergie ([2]). Le bulbe du poil demeure étranger aux pustules elles-mêmes.

8° Les croûtes dont se recouvre la surface de l'impétigo étant détachées, on trouve le derme plus ou moins excorié, gercé, couvert de matière purulente. Quelquefois ce sont des ulcérations parfaitement dessinées et profondes. Lorsque l'érosion s'étend soit en largeur, soit en épaisseur, et qu'elle amène la destruction des tissus et la dépression des surfaces malades, l'impétigo prend le nom de *rodens*, que Willan lui a donné. Cette variété est fort rare. Elle a cependant été rencontrée par M. Devergie, qui l'a vue affecter trois formes distinctes, la diffuse, la ramassée, l'ulcéreuse ([3]). Je ne sais si cet impétigo rodens ne se rapproche pas jusqu'à un certain point du lupus exedens. Il se trouve certainement entre ces maladies des points de contact, ou au moins des ressemblances. Quant aux différences, si elles existent, elles n'échapperaient pas à l'œil du praticien, bien qu'elles puissent mettre en défaut la plume de l'observateur. Le siége de la maladie, son étendue, la rapidité de sa marche, donneraient d'utiles notions de diagnostic, comme le prouvera la description du lupus.

9° Dans l'intervalle des plaques ou des groupes de pustules de l'impétigo, la peau peut être saine ; plus souvent on voit

([1]) *Maladies de la peau*, p. 295.
([2]) P. 317.
([3]) *Maladies de la peau*, p. 320.

des pustules isolées. Quelquefois il y a une rougeur plus ou moins vive, du gonflement, de la sensibilité. Willan appelle cette variété *erysipelatodes*.

10° L'impétigo peut s'étendre successivement ; mais sa tendance à l'envahissement est bien moindre que celle de l'eczéma. Toutefois, on l'a vu se porter des doigts vers la racine des ongles, qu'il déformait ou faisait tomber ([1]). M. Rayer a vu l'impétigo provoquer la chute des cheveux et des ongles, qui ont ensuite repoussé ([2]).

11° Il est rare que des phénomènes généraux accompagnent le développement et les progrès de l'impétigo. On n'observe la chaleur de la peau, la fréquence du pouls, que lorsque l'affection est récente, ou qu'elle offre une recrudescence, ou qu'elle se complique d'érysipèle.

e. — Marche de l'impétigo. — L'impétigo marche avec lenteur. Quelquefois il guérit dans un point pour apparaître dans un autre.

La malpropreté, le prurit, les remèdes irritants, un mauvais régime, entretiennent ou exaspèrent cette affection cutanée.

Les mêmes croûtes peuvent persister plusieurs semaines ou même plusieurs mois avant de se détacher.

Les complications rendent cette dermatose plus ou moins grave, surtout dans la vieillesse ([3]).

L'impétigo est susceptible de récidiver après avoir disparu. Dans un cas, cinq ans s'étaient écoulés entre les deux invasions ([4]). J'ai vu une fille de dix-neuf ans revenir quatre fois à l'hôpital dans l'espace de quatre ans, pour des récidives d'impétigo figurata de la face et du cou. Elle sortit guérie, pour la cinquième fois, en janvier 1852.

Les récidives peuvent avoir lieu à certaines époques de

([1]) Cazenave ; *Maladies de la peau*, p. 283.
([2]) *Maladies de la peau*, t. I, p. 692.
([3]) Gibert ; *Maladies de la peau*, p. 229.
([4]) Rayer, t. I, p. 686.

l'année; c'est aux mois de mars et d'avril que je les ai observées. Elles se produisent aussi sous l'influence d'excès ou de fatigues. M. Cazenave a vu chez une femme l'impétigo reparaître après un avortement et une abondante métrorrhagie (1).

d. — **Traitement de l'impétigo.** — L'impétigo ne pouvant être assimilé à ces affections critiques, à ces éruptions nommées gourmes qu'on observe surtout chez les jeunes sujets et qu'il faut quelquefois respecter, doit être combattu dès son principe.

Au début, il porte un caractère d'activité qui rendrait nuisibles les excitants, souvent prodigués dans le traitement des maladies de la peau. Quelquefois même des anti-phlogistiques modérés deviennent utiles. Ce sont des bains simples, des tisanes délayantes, un régime adoucissant, et de plus, lorsqu'il existe des indices de pléthore, une application de sangsues à l'anus. Mais la pléthore peut n'être qu'apparente; car l'impétigo est fréquent chez les sujets lymphatiques. L'indication d'opérer une émission sanguine est plus prononcée si la maladie affecte une femme mal menstruée.

L'impétigo ne tarde pas à prendre l'allure qui lui est propre. On doit alors avoir recours aux moyens spéciaux que l'expérience a sanctionnés et qui sont nombreux.

1° La bardane a été donnée, par Graves et Garlik, en décoction à la dose de 4 ou 5 onces pour une pinte d'eau réduite au quart (2).

2° M. Rayer a employé avec succès l'acide nitrique (2 grammes dans un litre de décoction d'orge sucrée) (3).

3° M. Cazenave s'est servi avec avantage d'une solution d'hydrochlorate de chaux, à la dose de 4 grammes dans 150 grammes d'eau distillée, dont on ajoutait une cuillerée à une certaine quantité de tisane de chiendent (4).

(1) *Annales*, t. II, p. 276.

(2) *London med. Gaz.*, 1839. (*Journ. des Connaiss. méd.-chirurg.*, t. VI, p. 210.) — *Gaz. méd.*, t. VII, p. 10.

(3) *Maladies de la peau*, t. I, p. 683.

(4) *Annales*, t. II, p. 277, 302.

4° Les préparations d'arsenic et d'antimoine usitées dans le traitement des autres dermatoses chroniques ont aussi été dirigées contre l'impétigo.

5° M. Devergie a mis en usage un sirop composé qui doit jouir d'une efficacité prononcée [1] lorsqu'il existe une atonie générale, une disposition scrofuleuse, ou un état chlorotique sans irritation des voies digestives.

6° Les purgatifs sont employés assez généralement dans le traitement de l'impétigo. Le calomel, le Jalap, la scammonée entrent avec l'extrait de fumeterre ou de ménianthe et le soufre doré d'antimoine dans la composition de pilules anti-impétigineuses assez souvent prescrites.

7° Les sulfureux sont encore ici, comme dans toutes les herpétides, les moyens les plus efficaces et les plus employés.

Biett se servait souvent de soufre sublimé, 30 grammes, et de tartrate acidule de potasse, 15 grammes, divisés en 18 prises. On en donnait une tous les matins. Il substituait quelquefois au tartrate de potasse le sous-carbonate de soude [2].

Les bains sulfureux, naturels et artificiels, ont été employés; mais je m'étonne de ne pas voir les auteurs les recommander comme ils auraient dû le faire. Quant à moi, je leur attribue les résultats heureux et rapides que j'ai obtenus. J'ai souvent associé le sous-carbonate de soude au sulfure de potasse. L'excitation provoquée par ces moyens a été suivie de l'amélioration des surfaces malades. Les bains sulfureux ne conviennent pas dans l'*impétigo erysipelatodes,* tant que l'inflammation est vive.

8° Les bains de vapeur ont rendu quelques services, employés seuls ou alternativement avec les précédents.

9° Les douches variées ont été dirigées sur les parties af-

[1] Il est ainsi préparé :

Limaille de fer	0gr,40
Iode	1, 70
Eau	4,
Triturez et ajoutez iodure de potassium	10,
Bi-chlorure de mercure	0, 15
Sirop de sucre	500.

Une cuillerée à bouche dans une tasse de tisane de houblon. (*Maladies de la peau*, p. 327.)

[2] Gibert, *Maladies de la peau*, p. 234.

fectées; on les a employées chaudes, froides, sulfureuses, alcalines, selon l'état des parties qu'il s'agissait de modifier.

10° Dans un cas d'impétigo du cuir chevelu et des oreilles, existant depuis un an chez une enfant de six ans et d'une constitution faible, entrée à l'hôpital en mars 1851, les bains avec la décoction de feuilles de noyer ont produit des résultats avantageux.

11° Les croûtes de l'impétigo étant enlevées par les bains, les douches ou de simples cataplasmes émollients, on s'est occupé de remédier aux altérations du derme. On a fait des lotions avec la décoction de suie, avec la solution de 2 grammes de créosote dans 150 grammes d'eau [1], avec une solution très-étendue de bi-chlorure de mercure, etc.

12° Dans quelques cas d'impétigo avec érysipèle, lorsque beaucoup de moyens avaient échoué, M. Hall a employé avec succès des onctions d'huile de foie de morue [2]. L'huile de cade a été encore ici recommandée.

13° M. Rayer a mis en usage une pommade composée de proto-nitrate de mercure, 1 gramme, et axonge, 30 grammes [3].

14° L'oxyde de zinc a été conseillé en pommade par Martin Solon [4] et par Erichsen, avec addition d'une petite dose d'acide hydro-cyanique, quand il était nécessaire de calmer la démangeaison [5].

15° On a eu recours aux astringents. M. Cazenave a trouvé utile le médicament suivant :

Infusion de roses de Provins...........	200 gr 00
Sulfate de zinc........................	0 60
Laudanum..........................	2 00

Et celui-ci :

Infusion de roses rouges...............	200 gr
Tannin..............................	5

(1) *Cyclopædia of pract. med.*, t. II, p. 596.

(2) *London med. Gaz.*, sept. 1832. (*Cyclopædia*, t. II, p. 597.)

(3) *Maladies de la peau*, t. I, p. 682.

(4) *Bullet. de Thérap.*, t. XXI, p. 278.

(5) *Medical Times*, t. X, p. 113. — Litchfield recommande les lotions dans lesquelles entre l'acide hydrocyanique. (*Gaz. méd.*, 1836, p. 664.)

M. Moore Neligan a prescrit pour l'impétigo de la face une pommade composée avec : sulfate de fer, 25 grammes; cérat, 30 grammes.

16° La cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent est un moyen très-souvent employé et avec succès, quand l'impétigo n'est pas très-étendu ou que les plaques ne sont pas trop multipliées. Au cuir chevelu on doit y avoir recours dans presque tous les cas. Pour l'impétigo de la face, il faut y mettre quelque réserve. J'ai vu des cautérisations faites sans ménagement ou d'une manière inopportune produire l'extension plutôt que la destruction de la maladie.

17° L'épilation, dont on a constaté les beaux résultats dans le favus, etc., peut entrer comme condition utile du traitement de l'impétigo du cuir chevelu ou des lèvres. Il importe de déblayer le terrain. La barbe, qui repousse toujours sans pouvoir être coupée près du derme, rend l'action locale des médicaments imparfaite. Une observation publiée par mon fils prouve l'utilité de l'épilation dans un cas d'impétigo figurata de la lèvre supérieure [1].

18° L'impétigo réclame d'une manière non moins importante que les autres dermatoses chroniques l'emploi d'un régime convenable, assez substantiel sans être excitant, l'usage de vêtements très-propres, et en général l'observation des règles de l'hygiène.

19° Je n'ai pas parlé des exutoires, qu'on a quelquefois prescrits dans le but d'amoindrir l'afflux dirigé vers un point déterminé de la peau. M. Devergie les proscrit [2]; c'est en effet risquer d'ajouter un mal à un autre mal. Cependant, si l'impétigo est circonscrit, s'il est à la face, s'il occupe l'une des paupières et que l'inflammation s'étende à la conjonctive, ou bien encore si, manifestant quelques rapports avec une lésion intérieure déterminée, il fait craindre l'augmentation de celle-ci par la guérison de l'affection cutanée, les exutoires deviennent non-seulement inoffensifs, mais même salutaires.

(1) *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 1857, p. 359.

(2) *Maladies de la peau*, p. 325.

ORDRE IIe. — SYPHILIDES.

Les *syphilides* sont des affections cutanées chroniques qui se développent sous l'influence de la diathèse syphilitique.

Alibert, en leur donnant ce nom, en les constituant en famille nosologique, s'inspira des données d'une judicieuse méthode; et Biett ne tarda pas à comprendre qu'il fallait détacher des divers ordres dermatologiques de Willan, pour les réunir en faisceau, les espèces qui, malgré leurs formes variées, reconnaissent la syphilis comme cause unique et cèdent au traitement de cette cause.

Les idées de Biett trouvèrent de nombreux interprètes, parmi lesquels il faut citer MM. Humbert [1], Martins [2], Legendre [3], Cazenave [4]. M. Bassereau a montré l'accord de cet ordre d'idées avec la doctrine de M. Ricord [5]; c'est aussi à cette double source que M. Hardy a puisé [6]; quelques travaux partiels ont été publiés sur le même sujet par MM. Davasse et Deville [7], Reverchon [8], Leudet [9], Pillon [10], etc.

L'histoire de la diathèse syphilitique, à laquelle je renvoie [11], me dispense de revenir sur la propagation et les manifestations de la syphilis. Je n'ai à m'occuper ici que des détails relatifs à la localisation cutanée de cette maladie.

§ I. — Remarques générales sur les syphilides.

a. — Période à laquelle appartiennent les syphilides. — Les syphilides ne se montrent comme symptômes primitifs que d'une

(1) *Manuel pratique des maladies de la peau appelées syphilides, d'après les leçons de M. Biett*. Paris 1833.

(2) *Mémoire sur les causes générales des syphilides*. (*Revue méd.*, 1838, t. I, p. 24 et 184.)

(3) *Nouvelles recherches sur les syphilides*. (Thèses de Paris, 1841, n° 290.)

(4) *Traité des syphilides*. Paris, 1843. Atlas.

(5) *Traité des affections de la peau symptomatiques de la syphilis*. Paris, 1852.

(6) *Leçons sur les maladies de la peau*. Paris, 1858, p. 139.

(7) *Archives*, 4e série, 1845, t. IX, p. 182, 298, 457; t. X, p. 313.

(8) *Étiologie des syphilides*. (Thèses de Paris, 1848, n° 83.)

(9) *Archives*, 4e série, 1849, t. XIX, p. 26, 287.

(10) *Gaz. hebdom.*, 1856, t. II, p. 834; — et Thèses, 1857, n° 32.

(11) T. II, p. 314.

manière exceptionnelle chez l'adulte, et encore n'est ce que sous certaines formes (roséole, plaques muqueuses); mais elles sont primitives dans la syphilis héréditaire, et elles peuvent offrir ce caractère depuis la naissance jusqu'à l'âge de la puberté. Sauf ces circonstances, les syphilides succèdent le plus souvent aux chancres, quelquefois à la blennorrhagie. Cette dernière source, très-contestée, me paraît cependant devoir être admise, d'après des faits nombreux recueillis par MM. Cazenave, Martins, Legendre, et d'après quelques observations qui me sont propres.

Les syphilides qui se développent peu de temps après les symptômes primitifs, sont nommées *précoces*. Elles appartiennent à la syphilis secondaire. Celles qui se voient longtemps après, et qu'on nomme *tardives*, rentrent dans la série des accidents tertiaires. Il en est qui ne se développent que plusieurs années et même plusieurs dizaines d'années après la cessation des symptômes primitifs (1).

b. — Circonstances qui déterminent ou favorisent la manifestation des syphilides. — La plus active de ces causes est l'absence ou l'insuffisance du traitement auquel doit être soumise la syphilis primitive. On a remarqué que ces affections sont plus fréquentes chez les individus faibles, délicats, nerveux, lymphatiques, disposés aux scrofules. Un mauvais régime, diverses excitations morales ou physiques (bains de vapeurs, bains sulfureux, contusions, etc.), peuvent les susciter. Une température atmosphérique très-élevée les provoque (Martins, Legendre). Le refroidissement peut aussi les faire renaître, surtout quand il résulte d'un changement de climat.

c. — Caractères généraux de l'ordre des syphilides. — Les syphilides ont des traits de ressemblance qui servent à les faire reconnaître :

1° Le *siége* qu'elles occupent est la première circonstance

(1) Martins, p 225

digne d'attention. Or, il en est qui semblent spéciales à certaines régions. En général, elles ont une certaine prédilection pour le cercle supérieur et principalement pour la face.

2° Presque toutes les syphilides ont une *coloration* particulière, rouge un peu sombre, comparée depuis longtemps à celle de la chair du jambon [1], ou à celle du cuivre rouge [2]. Elle n'est pas toujours très-prononcée dès le principe, et elle passe souvent ensuite au jaune terne ou au gris brunâtre. La pression du doigt peut faire perdre à la rougeur son intensité, mais elle ne l'efface jamais entièrement. M. Baumès a contesté la valeur du signe fourni par la coloration des syphilides [3]. C'est néanmoins l'un des plus constants, l'un des plus dignes d'être notés.

3° Beaucoup de syphilides ont une tendance à prendre la *forme* circulaire ou arrondie. Plusieurs herpétides affectent aussi cette disposition. Elle n'est donc caractéristique ni pour les unes ni pour les autres. Mais elle doit être toujours mentionnée.

4° Les syphilides ont une assez grande propension à la formation du pus, des croûtes, des ulcérations : c'est-à-dire qu'elles altèrent les tissus d'une manière déterminée; d'où il suit que les *ulcérations* ont un cachet propre, les *croûtes*, les *squames*, un aspect qui les distingue. Ainsi, les croûtes qui couvrent les pustules ou les ulcères ont souvent une teinte grise, jaunâtre ou brune; elles sont arrondies, bombées, stratifiées; les squames, au contraire, sont minces et généralement bordées par un liseré blanc terne.

5° Un caractère fort remarquable de la plupart des syphilides est l'*absence de ce prurit* qui est si fréquent dans l'ordre des herpétides. S'il existe, et ce ne peut être que dans quelques cas particuliers (plaques muqueuses), il n'a ni intensité ni opiniâtreté, à moins de complication de la diathèse herpétique.

[1] Fallopia: *Aphrodisiacus*. 1725, p. 824.
[2] Swediaur; *Maladies syphilitiques*, t. II, p. 77.
[3] *Précis théorique et pratique sur les maladies vénériennes*, 2e part., p. 381.

6° L'apparition d'une syphilide est rarement un fait isolé, comme celle d'une herpétide. Non-seulement il y a lieu de s'informer de l'existence ancienne ou récente des symptômes primitifs, de leur durée et du traitement employé, mais encore de la coïncidence des phénomènes qui signalent la seconde période de la syphilis, comme l'engorgement des ganglions cervicaux, les douleurs rhumatoïdes ou névralgiques, l'alopécie, les ulcères de la gorge, etc., ou ceux qui dénotent de nouveaux progrès, comme les tumeurs gommeuses, les exostoses, etc. Enfin, les diverses syphilides se compliquent réciproquement ou se succèdent, et l'une éclaire le diagnostic de l'autre.

d. — Division des syphilides. — On a voulu ramener les diverses syphilides à une seule forme élémentaire, qui aurait été la papule [1]; on en a distingué trois fondamentales : la papuleuse, la pustuleuse et la tuberculeuse [2]. Mais les taches, les squames, méritent aussi d'occuper une place. On avait supposé que les syphilides produisaient des altérations d'autant plus profondes que leur apparition était plus tardive; il n'y a pas de règle fixe à cet égard.

Je divise les syphilides en maculeuses, papuleuses, squameuses, vésiculo-pustuleuses, phymato-ulcéreuses et scléroulcéreuses.

§ II. — Caractères particuliers des diverses espèces de syphilides.

a. — Syphilides maculeuses. — Les taches qui se produisent sous l'influence de la diathèse syphilitique sont rouges, ou d'un jaune cuivré, ou d'un jaune grisâtre; elles constituent plusieurs espèces de syphilides.

1. — Roséole syphilitique. — Appelé encore *érythème syphilitique* (Bassereau), cet exanthème chronique consiste en des

(1) Rattier et Cullerier; *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques*, art. *Syphilide*.

(2) Legendre; *Nouvelles recherches, etc.*, p. 26.

taches de 5 à 15 millimètres de largeur, ayant quelque analogie avec celles de la roséole aiguë déjà décrites ([1]), mais en différant par une couleur moins claire, plus carminée dans le principe, plus pâle et ensuite comme ocreuse ou cuivrée. En outre, la rougeur de la roséole aiguë s'efface entièrement sous la pression du doigt, et non celle-ci. La première est aussi plus disséminée; son invasion est plus rapide que celle de la roséole syphilitique.

Cette dernière peut apparaître dès la fin du premier mois de l'infection vénérienne, ou dans les deux ou trois mois suivants. Elle se manifeste sur le tronc, sur la face interne des membres, plus rarement à la face et au cou. Cependant, on l'observe quelquefois sur le front.

Sa durée est ordinairement de deux à sept semaines. Elle a, dans quelques cas, persisté deux ou trois mois.

La roséole syphilitique est sujette à récidiver.

On a nommé *érythème papuleux* la roséole, qui forme une légère saillie. On l'observe souvent en même temps que la précédente, dont elle ne diffère pour ainsi dire pas.

II. — TACHES SYPHILITIQUES. — Ces taches ont une couleur rouge cuivre ou jaune bleuâtre, comme celle d'une contusion ou d'une ecchymose en voie de résolution. Elles ont toujours une certaine largeur et une longue durée. On les voit à la face, sur le thorax, rarement sur les membres. Elles sont d'autant plus distinctes que la peau est plus blanche. Elles ont quelque ressemblance avec les éphélides; mais leur nuance rappelle davantage celle du cuivre rouge ou jaune, et est moins prononcée sur les bords qu'au centre; leur forme est plus arrondie. Les éphélides de la face ont d'ailleurs des causes et des coïncidences qui les distinguent ([2]).

Les taches syphilitiques, plus ou moins larges et arrondies, et plus foncées à la circonférence qu'au centre, peuvent présenter l'aspect *circiné*.

([1]) T. IV, p. 483.
([2]) Voyez ci-dessus, p. 249.

III. — SYPHILIDE PIGMENTAIRE CERVICALE. — M. Hardy a décrit sous le nom de *syphilide pigmentaire* (1), et M. Pillon sous celui de *syphilide maculeuse du cou* (2) ou d'*exanthème tardif* (3), une manifestation remarquable de la syphilis, qui consiste en des taches jaunâtres, ocrées ou grisâtres, ou café au lait, qui se manifestent sur le cou en y formant comme un large collier, se confondant parfois sur leurs bords irréguliers et découpés, tout en laissant des intervalles de peau saine et blanche, et figurant ainsi une sorte de marbrure bicolore. Cette syphilide est toujours tardive et presque spéciale au sexe féminin.

b. — Syphilides papuleuses. — Ces saillies, disséminées ou réunies en groupes, de forme variée, *coniques* ou *lenticulaires*, ou *plates* et *larges*, de couleur rosée ou cuivrée, souvent un peu luisantes ou recouvertes d'une mince squame, s'observent sur le tronc, quelquefois à la face. Elles constituent un *lichen syphilitique* absolument exempt de prurit, et souvent accompagné d'iritis ou d'une lésion des muqueuses. J'ai vu aussi la réunion des papules et de la roséole, ou plutôt d'érythèmes circonscrits, au centre desquels s'élevait une petite saillie convexe de 3 à 6 millimètres de largeur. La syphilide papuleuse reste sèche; elle ne s'ulcère pas.

c. — Syphilides squameuses. — Elles se rapportent aux formes déjà signalées à l'occasion des herpétides.

I. — PITYRIASIS SYPHILITIQUE. — Il peut être fort étendu; on l'observe plus souvent à la face, au menton, aux sourcils, et surtout au cuir chevelu. Il produit la chute des cheveux; mais, après la guérison, ceux-ci repoussent parfaitement (Bassereau).

(1) *Gaz. des Hôpit.*, 1854, p. 533. — *Leçons sur les maladies de la peau*, 1858, p. 154.
(2) *Gaz. hebdom.*, 1855, t. II, p. 834.
(3) Thèses de Paris, 1857, n° 32.

x. — PSORIASIS SYPHILITIQUE. — Cette espèce est fort importante. Elle a été étudiée avec soin par Günsburg [1]. Elle est disséminée par petites taches, ou disposée en bandelettes diversement contournées, ou en cercles ou demi-cercles. Les squames, assez minces et non imbriquées, reposent sur un fond rouge-brun cuivré; elles sont entourées par un liseré distinct. Cette syphilide se montre de deux à neuf mois après les accidents primitifs, sur la face, sur le cou, sur le dos ou les membres. Elle a en outre un siége spécial : c'est la paume des mains et la plante des pieds.

Le *psoriasis palmaire* ou *plantaire* syphilitique ne forme qu'une plaque arrondie, ou il en présente plusieurs. Il s'accompagne de gerçures, de rhagades plus ou moins prolongées. Il est de deux sortes; tantôt les squames sont minces, tantôt elles offrent une grande épaisseur. Cette dernière variété a l'aspect d'un cor plus ou moins large; on la nomme *syphilide cornée*. L'épiderme, épais, stratifié, est comme enchâssé dans le derme; il est dur et sec, et résonne sous le choc d'un corps solide. Cette syphilide a été observée à tous les âges, même chez le nouveau-né [2]. Elle peut coïncider avec la lèpre ou le psoriasis des autres régions [3].

***d.* — Syphilides vésiculo-pustuleuses.** — Les syphilides sécrétantes se présentent sous la forme de vésicules dans lesquelles se produit un fluide d'abord séreux, puis sanieux ou purulent, plus ou moins concrescible. On a comparé quelques-unes de ces éruptions à celles de la varicelle, de la variole, de l'herpès phlycténoïde. Il ne s'agit que d'une ressemblance très-imparfaite. On peut les rapprocher avec plus d'exactitude de plusieurs genres d'exanthèmes chroniques.

i. — PSYDRACIA SYPHILITIQUE. — Signalée par les deux Frank, cette éruption assez rare se présente sous l'aspect de vésicu-

(1) *Annales des maladies de la peau*, t. III, p. 219.
(2) Cazenave; *Traité des syphilides*, p. 418.
(3) *Ibid.*, p. 406.

les disséminées, acuminées, avec ou sans auréole de couleur cuivrée, contenant un fluide séreux qui s'épaissit et forme une croûte brune.

II. — ECZÉMA SYPHILITIQUE. — Cette espèce résulte du rapprochement de petites vésicules, qui se rompent bientôt et fournissent un fluide séreux roussâtre. Ce fluide se concrète sous la forme de croûtes minces, molles, brunes, qui se détachent aisément. On voit alors une surface d'un rouge plus ou moins vif ou sombre, que sillonnent parfois des fissures et qu'entoure une auréole d'une couleur plus caractéristique. Lorsque les vésicules sont volumineuses et forment des groupes distincts, elles prennent l'aspect de l'herpès phlycténoïde.

III. — PEMPHIGUS SYPHILITIQUE. — Cet exanthème est rare chez l'adulte. Cependant on l'a observé à la paume des mains ([1]), ou à la plante des pieds, ([2]) ou sur les membres et l'abdomen ([3]). Mais il est plus fréquent chez le nouveau-né, comme symptôme de la syphilis héréditaire.

IV. — ACNÉ SYPHILITIQUE. — Cette syphilide se compose de pustules plus volumineuses, convexes, globuleuses ou acuminées, contenant à leur sommet une gouttelette d'un fluide séro-purulent qui s'épaissit et forme une croûte jaune-brune. Elles sont entourées d'une auréole rougeâtre cuivrée. L'éruption est disséminée en groupes sur les membres, sur le tronc, rarement à la face.

V. — IMPÉTIGO SYPHILITIQUE. — Les pustules de l'impétigo syphilitique peuvent être discrètes, et alors présenter quelque ressemblance avec celles de l'acné ombiliquée ou varioliforme, ou avec l'acné syphilitique. Elles sont souvent rap-

([1]) Bassereau, p. 404.
([2]) Leudet; *Syphilides*. (*Archives*, 4e série, t. XIX, p. 44.)
([3]) Diday; *Traité de la syphilis des nouveaux-nés*. Paris, 1854, p. 124.

prochées circulairement ou irrégulièrement. Ces pustules sont convexes, elles se rompent bientôt et forment des croûtes jaunâtres, ou d'un jaune verdâtre, ou grisâtres, qui acquièrent une certaine épaisseur. Lorsqu'on enlève ces croûtes, on trouve ordinairement une ulcération plus ou moins profonde reposant sur une base indurée, rouge, quelquefois élevée et circonscrite par un bourrelet saillant et de couleur cuivrée. Cette syphilide pustulo-crustacée [1] s'observe sur le cuir chevelu, sur le front, sur le scrotum, et sur les membres ou le tronc. Dans quelques cas rares, l'impétigo est général; il recouvre la peau de croûtes brunes et noirâtres, qui donnent à l'individu un aspect hideux [2].

VI. — ECTHYMA SYPHILITIQUE. — Les pustules ont ici quelque analogie avec les précédentes; mais elles sont plus volumineuses, isolées et phlyzaciées. Elles naissent le plus souvent par plusieurs poussées. Elles sont tantôt superficielles, tantôt profondes et avec des bords taillés à pic. Ces dernières ont beaucoup de ressemblance avec celles du rupia. On les observe aux jambes ou au cuir chevelu. M. Cazenave assure que l'ecthyma succède aussi bien à la blennorrhagie qu'au chancre [3].

VII. — RUPIA SYPHILITIQUE. — Ce rupia naît par des bulles larges, arrondies, avec bordure d'un rouge cuivré obscur. Le liquide contenu est brun, très-prompt à se dessécher et à former des croûtes d'un vert foncé, noirâtre, épaisses, surtout au centre. Ces croûtes, dont l'aspect ressemble à celui des écailles d'huîtres, reposent sur des surfaces ulcérées, grisâtres, inégales, anfractueuses, à bords circulaires et relevés. Cette syphilide, ordinairement tertiaire, se compose d'un petit nom-

(1) Cazenave; *Syphilides*, p. 296.

(2) Un exemple de ce genre a été donné par Horst, qui cependant ne croyait pas à une affection réellement syphilitique, quoique le sujet ait eu des symptômes primitifs bien caractérisés. Cet individu guérit sous l'influence des sudorifiques et des antimoniaux. (*Diss. sistens casum singularem morbi leprosi ubiorum coloniæ observati.* Paris, 1812.)

(3) *Bullet. de Thérap.*, t. X, p. 233.

bre de pustules isolées ou rapprochées. Elle peut affecter la forme proéminente ([1]).

D'après M. Corrigan, le rupia se développe sous l'influence simultanée de la syphilis et du mercure, du moins en Angleterre, tandis que l'ecthyma est plus fréquent en France ([2]).

e. — Syphilides phymato-ulcéreuses. — Je préfère, pour un titre commun, au mot *tubercules* dont le sens est plus étroit et néanmoins abusivement multiplié, le terme plus vague de *phyma*, qui veut dire d'une manière plus générale, *excroissance, tumeur*. Je puis ainsi réunir des syphilides qui n'offrent pas le vrai caractère des tubercules, et qui cependant ne pourraient entrer dans les autres séries.

1. — PLAQUES SYPHILITIQUES. — On a nommé *pustules plates* (Cullerier), *tubercules plats* (Cazenave, Legendre), *syphilide papuleuse humide* (Bassereau), *plaques muqueuses* (Davasse et Deville, Hardy), de petites éminences superficielles, toujours aplaties, arrondies ou ovalaires, molles et rougeâtres, qui forment une syphilide précoce, quelquefois même un symptôme primitif par sa substitution au chancre, et qui toutefois appartient généralement au commencement de la seconde période de l'évolution syphilitique.

Elles sont plus communes chez les femmes que chez les hommes; on les observe à tous les âges.

C'est à la vulve, au scrotum, sur le pénis, aux environs de l'anus, au périnée, qu'on les voit ordinairement se développer; on en trouve quelquefois à la partie interne des cuisses, aux fesses, à l'ombilic, au mamelon, aux aisselles, au front, au cuir chevelu, entre les doigts, près des ongles des pieds, etc.

Des plaques syphilitiques peuvent aussi se manifester sur les membranes muqueuses, principalement sur les amygdales et sur les diverses parties du pharynx et de la bouche, mais

([1]) *The Lancet*, 1844, october. (Cazenave; *Annales des maladies de la peau*, t. II, p. 216.)
([2]) *Medical Times*, t. XII, p. 135.

en présentant des apparences un peu différentes. Elles y sont très-peu saillantes et d'une couleur blanche opaline dépendant de la formation d'une couche pseudo-membraneuse.

Les plaques syphilitiques cutanées sont ordinairement distinctes; elles peuvent être rapprochées, et même en quelques endroits cohérentes. Dans les points où elles se forment, on aperçoit d'abord une petite rougeur circonscrite et une légère saillie; puis l'épiderme, soulevé par une gouttelette de fluide, se détache, et on voit une surface rouge, molle, humide, luisante, quelquefois teinte d'un peu de sang, et circonscrite par un petit bourrelet blanchâtre, ou par une auréole rougeâtre. Cette surface se recouvre d'une couche de matière grisâtre, plastique; elle peut ensuite s'ulcérer, devenir inégale, se parsemer de fissures, fournir du pus. Elle exhale ordinairement une odeur très-fétide.

Une plaque syphilitique cutanée, parvenue à son dernier développement, présente 1 ou 2 centimètres de largeur et de 4 à 6 millimètres de hauteur. Si elle est plus saillante, convexe et consistante, elle passe à l'état de *condylome*.

Les plaques que je viens de décrire offrent trois exceptions aux caractères ordinaires des syphilides : 1° elles sont accompagnées d'un certain prurit ; 2° la teinte cuivrée leur manque souvent; 3° elles se comportent comme des symptômes primitifs en devenant quelquefois contagieuses, ainsi que l'ont prouvé des exemples fournis par Biett et par M. Baumès; propriété qu'ont également admise MM. Cazenave, Hardy, Vidal de Cassis.

Les plaques syphilitiques cèdent assez promptement, c'est-à-dire en même temps que les symptômes auxquels elles se rattachent. Cette circonstance, la structure de ces sortes de granulations d'apparence muqueuse, leur siége superficiel, empêchent de les confondre avec les tubercules; et leur mollesse, leur couleur, leur volume, l'exsudation dont elles sont habituellement humectées, leur tendance à s'ulcérer, ne permettent pas de les assimiler aux papules. Je pense qu'il faut les appeler *plaques syphilitiques*, vu qu'elles ne se produisent

jamais que par le fait de la syphilis, et non *plaques muqueuses*, expression amphibologique, surtout lorsqu'on la donne en même temps aux plaques syphilitiques des membranes muqueuses.

II. — EXCROISSANCES SYPHILITIQUES. — A côté des plaques dont il vient d'être fait mention, doivent se placer des excroissances qui semblent n'en être que l'exagération; on y retrouve, en effet, la même consistance, la même disposition à l'exsudation et à l'ulcération. Elles forment des saillies arrondies ou allongées, sessiles ou pédiculées, ayant la forme de petites cerises (pustules mérisées de Cullerier), ou de framboises, ou de choux-fleurs, ou de crêtes de coq, etc. Elles se développent souvent à la vulve, à la marge de l'anus, etc.

III. — TUBERCULES SYPHILITIQUES. — On a divisé les syphilides tuberculeuses, selon qu'elles sont disséminées ou en groupes, perforantes ou serpigineuses. Les deux dernières espèces mériteront une description particulière.

Les tubercules syphilitiques disséminés ou agrégés sont formés par des petites tumeurs dures, solides, nées dans le tissu même du derme, ou dans les aréoles de sa face interne que remplit du tissu cellulaire. On a aussi placé leur siége anatomique dans les follicules pileux [1].

Ces tumeurs ont le volume d'un pois ou d'une petite cerise. On reconnaît par le toucher qu'elles sont profondes et adhérentes à la peau. Leur surface est convexe, quelquefois saillante et conique. Leur couleur est rougeâtre, cuivrée, luisante; l'épiderme qui les recouvre forme de petites lamelles très-minces, ou il est fin comme le serait une cicatrice. Si la tumeur est volumineuse et aplatie, elle peut avoir quelque ressemblance avec la kéloïde.

Lorsque ces tubercules sont réunis en groupes, ils dessinent une figure circulaire ou semi-circulaire, ou ils forment des disques dont les dimensions varient.

[1] Bassereau, p. 459.

Les tubercules appartiennent à la syphilis tertiaire. Ils peuvent rester très-longtemps stationnaires, ou bien ils subissent l'un des deux changements suivants : tantôt ils diminuent insensiblement et s'affaissent, même au point de laisser une dépression très-manifeste et indélébile là où se trouvait une saillie; tantôt ils se ramollissent et se perforent à leur centre. Alors il se produit une ulcération étroite et profonde, habituellement cachée par des croûtes épaisses d'un vert brunâtre foncé. Quand cette ulcération guérit, on trouve à sa place une cicatrice déprimée, conservant longtemps une couleur violacée ou cuivrée.

Les tubercules ont leur siége de prédilection à la face, sur les joues, sur le nez, au front, au cuir chevelu. On les voit assez souvent au tronc, sur les épaules et parfois sur la face externe des membres.

IV. — SYPHILIDE TUBERCULEUSE PERFORANTE, OU ESTHIOMÈNE SYPHILITIQUE. — Il est une variété de tubercules qui suit une direction différente dans ses développements. Au lieu de se borner à l'altération de la peau, ses progrès les plus considérables se font de dehors en dedans. Le tissu cellulaire, les membranes muqueuses, les cartilages, les os, sont envahis. C'est ce qu'on voit lorsque ces tubercules siégent au milieu de la face, au nez, qu'ils déforment et détruisent comme le lupus.

J'ai vu une désorganisation pareille dans une localisation que n'ont pas indiquée les syphiliographes. C'est sur le sternum.

Mme C..., âgée de quarante-quatre ans, d'une belle constitution, d'un tempérament lymphatico-sanguin et nerveux, avait fait le principal ornement de diverses sociétés galantes; puis, vivant paisiblement avec un étranger qui se portait fort bien, elle avait vu, depuis quelques années, sa santé s'altérer, son teint changer, divers maux nerveux se produire. J'avais été plusieurs fois consulté pour des douleurs rhumatoïdes, des névralgies, des troubles de la vision, etc. Elle avait constamment nié avoir eu des symptômes évidemment syphilitiques. Toutefois, j'étais loin de m'arrêter à ces dénégations, lorsqu'il se forma

sur la partie moyenne du sternum deux ou trois petites tumeurs dures, résistantes, très-rapprochées, d'abord incolores, puis d'un rouge sombre. Ces tumeurs furent attribuées par la malade à la pression d'un busc. Mais la cessation de cette cause ne fit pas disparaître son effet supposé. Au contraire, les tumeurs se ramollirent dans leur centre, et une ouverture étroite se forma au milieu de l'une d'elles. Au bout de quelques jours, soupçonnant la gravité de cet état morbide, j'introduisis dans l'ulcération un stylet qui pénétra par un trajet assez court, mais oblique, sur le sternum, que je trouvai dénudé et ramolli dans une assez grande étendue. Cette femme avait été soumise aux anti-syphilitiques, à l'iodure de potassium, et aux bains sulfureux; elle était allée prendre les eaux des Pyrénées. Son état s'aggrava de plus en plus. Elle changea de position et de médecin. J'appris que son esthiomène sternal avait fait des progrès; elle mourut quelques mois après, dans le dernier degré de la cachexie syphilitique.

V. — SYPHILIDE TUBERCULEUSE SERPIGINEUSE; HERPÈS SYPHILITIQUE. — C'est une variété très-différente de la précédente, en ce que les progrès de l'altération tuberculeuse, au lieu de se faire dans le sens de la profondeur, ont lieu en superficie. Ce sont des poussées successives qui attaquent et ulcèrent les parties voisines, tandis que celles qui avaient été les premières atteintes marchent vers une cicatrisation toujours irrégulière et laissant des traces indélébiles. C'est ainsi que la peau se trouve largement labourée. C'est ordinairement sur le tronc ou sur les membres que se présente cette syphilide, à laquelle on a aussi donné le nom d'*esthiomène* (1).

VI. — ULCÈRES SYPHILITIQUES. — Il me semble convenable de mentionner les ulcères qui peuvent être la suite d'une syphilide pustuleuse, vésiculeuse ou phymateuse. Ils sont arrondis ou ovalaires, leurs bords sont taillés à pic, leur fond est grisâtre. Ils s'étendent en élargissant leur circonférence, puis ils s'arrêtent; mais ils ont détruit une partie de l'épaisseur du derme; aussi laissent-ils des cicatrices déprimées, ridées en divers sens et irrégulières, dont la couleur, longtemps rouge, cuivrée ou bronzée, atteste la nature spécifique.

(1) Voyez-en un exemple dans la dissertation de Diétrich, *sur l'esthiomène*. Thèses de Strasbourg, 1835, n° 1077, p. 3.

VII. — ONYXIS SYPHILITIQUE; ONGLADE SYPHILITIQUE [1]. — Cette syphilide, dont M. Lélut a donné deux exemples remarquables [2], affecte ordinairement plusieurs doigts des mains ou des pieds. C'est une inflammation de la matrice de l'ongle, se terminant rapidement par la suppuration des divers points que celui-ci recouvre. Une ulcération se creuse autour de cette surface, fournit une sanie fétide, grisâtre, brune. L'ongle devient cassant, il se détache par fragments ou en totalité. L'ulcération devient parfois fongueuse. Quand elle guérit, elle laisse toujours l'extrémité du doigt plus ou moins difforme.

f. — Syphilide scléro-ulcéreuse. — Je ne puis passer sous silence une forme spéciale de la syphilis héréditaire, peu connue en France, mais très-bien étudiée en Allemagne. Cette maladie fut observée d'abord par Girtanner et par Wiesner, à Berlin, ensuite avec beaucoup d'attention par Goëlis, à l'hôpital des Enfants, de Vienne. Elle a fait la matière d'une dissertation de Brosius [3]. Elle se manifeste chez les jeunes sujets nés d'individus qui avaient eu la syphilis. On remarque d'abord de la tension et de la rougeur sur la peau de la face, surtout près des lèvres, puis entre les cuisses, à l'anus, aux parties sexuelles, à la paume des mains et à la plante des pieds. Ces diverses régions présentent une dureté qui va en augmentant et qui s'accompagne d'une sorte de rétraction des téguments, lesquels ressemblent à du parchemin. Différents points de la face se couvrent de croûtes épaisses, avec des ulcérations au-dessous. Le même état se manifeste aux organes génitaux. La durée de ces évolutions successives peut être d'un ou deux ans. Avant que Goëlis en eût reconnu le véritable caractère, cette syphilide faisait des progrès incessants, amenait la carie des os et la mort. Traitée par le mercure et spécialement par le calomel, elle a pu guérir.

(1) Ratier; *Journ. hebdom.*, 1832, t. VIII, p. 48.

(2) *Répertoire général d'anatomie et de physiologie pathologiques*, par Breschet, 1827, t. IV, p. 130.

(3) *Cutis tensa chronica, morbus infantum non adhuc descriptus.* Wirceburgi, 1818.

§ III. — Traitement des syphilides.

On a prétendu que les mercuriaux ne prévenaient pas le développement des syphilides. Ce reproche leur est injustement adressé. Sauf dans quelques cas exceptionnels, une administration vicieuse ou insuffisante de ces médicaments est le motif le plus réel de leur insuccès. Un traitement régulier et assez prolongé est le meilleur des prophylactiques de la syphilis secondaire.

La manifestation des syphilides réclame la continuation d'une thérapie spéciale. Le régime sera sévère; Biett, Günsburg (1), ont insisté sur ce conseil.

Biett recommandait aussi de ne pas mettre en usage, du moins immédiatement, les moyens locaux (2). Il désirait voir auparavant quelle influence exerçait le traitement général sur la marche des syphilides.

Toutefois, ces moyens ne doivent pas être exclus. Ainsi, les excisions des excroissances, les cautérisations des pustules, des plaques et des ulcérations, peuvent en abréger notablement la durée.

Parmi les médicaments internes auxquels on a recours, le mercure, l'iode et le soufre rendent de très-grands services.

Je donne souvent à l'hôpital la liqueur de Van-Swieten. Le proto-iodure de mercure est aussi très-vanté. On l'administre à dose de 1 à 5 centigrammes par jour. On peut aller jusqu'à 10 (3). Le bi-iodure, extrêmement actif, n'est employé qu'à celle de 1 à 2 milligrammes.

L'iode s'administre sous la forme d'iodure de potassium. Je prescris la solution de 25 centigrammes à 1 gramme de ce sel dans un litre de tisane de saponaire ou de salsepareille. L'iodure de potassium a quelquefois triomphé seul du lupus

(1) *Annales des maladies de la peau*, t. III, p. 219.
(2) Legendre, p. 69.
(3) Béhier; Thèse, 1837, n° 418, p. 26.

syphilitique [1]. La dose a été portée à plusieurs grammes par jour.

Le soufre s'emploie à l'état de sulfure de potassium, de calcium ou de sodium, en bains à la dose de 75 à 100 grammes.

Le concours de ces trois ordres de moyens produit, dans les cas jusque-là rebelles, les plus heureux résultats. Toutefois, il est des individus chez lesquels l'association des mercuriaux, de l'iodure de potassium et des bains sulfureux, reste sans effet. Alors j'ai quelquefois mis en usage avec succès la tisane de Feltz, à laquelle le sulfure d'antimoine, et peut-être quelques atomes d'arsenic, prêtent une puissance réelle. La tisane de Pollini, celle de Zittmann, ont opéré des cures remarquables.

On a aussi employé les préparations d'or et d'argent, mais sans effets propres à inspirer une grande confiance.

Enfin, la syphilisation a été tentée par M. Boeck. Une fille de trente ans, entrée à l'hôpital de Christiania pour une syphilide tuberculeuse, fut traitée longtemps sans succès par les mercuriaux, l'iodure de potassium, le muriate d'or, l'hydrothérapie. En moins d'un an, 1,224 inoculations syphilitiques ont été faites et ont produit 998 chancres. La guérison a été complète; elle se maintenait un an après [2]. Est-ce à la syphilisation qu'il faut rapporter ce succès? Est-ce aux résultats toujours un peu lents des traitements antérieurs? Est-ce au temps, dont il est toujours bon de tenir compte dans le traitement des maladies chroniques? Enfin, trouvera-t-on beaucoup de praticiens qui aient la persévérance dont M. Boeck a fait preuve? Une forte conviction pourrait seule la soutenir, et il faudrait des faits multipliés pour éclairer et fixer le jugement.

ORDRE III°. — SCROFULIDES.

Alibert a signalé cet ordre de dermatoses, qu'il appelait *strumeuses;* mais l'étude qu'il en fit était très-incomplète. Fuchs réunit les maladies cutanées dépendant de la diathèse scrofu-

(1) Cazenave; *Annales des maladies de la peau*, t. I, p. 53. — Heylen d'Herenthals; *Ibidem*, t. II, p. 288.

(2) *Recueil d'observ. sur les mal. de la peau*, par Boeck et Danielssen. Christiania, 1855, p. 9.

leuse, sous le nom de *scrofuloses*. M. Bazin ([1]) et M. Hardy ([2]) leur ont donné la dénomination de *scrofulides*.

De nombreuses formes pathologiques peuvent être de nature scrofuleuse. Il en est d'autres qui, sans avoir la même origine, se manifestent chez des individus scrofuleux. Elles peuvent être modifiées par la diathèse sans en provenir directement. Il convient de réserver la dénomination de *scrofulides* pour les maladies cutanées qui paraissent se rattacher d'une manière plus immédiate et plus spéciale à la diathèse scrofuleuse.

La scrofule cutanée avait été distinguée par Alibert en *vulgaire* et *endémique*, la première étant celle des villes et dépendant d'une surabondance lymphatique, la seconde celle des campagnes, résultant d'une alimentation insuffisante. Cette distinction ne repose que sur de simples aperçus.

M. Bazin a divisé les scrofulides en bénignes et malignes, en superficielles et primitives, ou profondes et secondaires ([3]).

M. Hardy a distingué les scrofulides en érythémateuse, pustuleuse, verruqueuse, tuberculeuse, phlegmoneuse et cornée ([4]).

Je suivrai un ordre analogue, en essayant de rapporter à des formes déjà connues les manifestations diverses qu'il s'agira de caractériser.

L'histoire de la diathèse scrofuleuse, présentée dans le second volume de cet ouvrage (p. 246), a dû donner une idée des causes et des phénomènes des scrofules, ainsi que des principes les plus essentiels de la thérapie qui leur est applicable. Je ne dois avoir pour objet maintenant que les manifestations dont la peau est le siége.

§ I. — Caractères généraux des scrofulides.

1° Les scrofulides se manifestent surtout dans la deuxième enfance et dans la jeunesse ; quelques formes sont plus com-

([1]) *Revue méd.*, 1856, t. II, p. 80. Série de leçons sur la scrofule.
([2]) *Leçons sur les maladies de la peau*, p. 123.
([3]) *Revue méd.*, 1847, t. I, p. 9.
([4]) *Leçons*, p. 125.

munes chez les femmes que chez les hommes. Elles peuvent reconnaître une origine héréditaire. Ces diverses circonstances doivent être prises en considération, pour établir sur une assez large base le diagnostic de ces maladies.

2° Elles se développent chez les individus qui présentent les traits du tempérament lymphatique et de la constitution scrofuleuse. Elles peuvent se rencontrer aussi à la suite d'une syphilis ancienne, combinant ses dégénérescences avec celles de la diathèse scrofuleuse. Les scrofulides ont presque toujours pour coïncidence et pour contrôle de leur origine des engorgements glanduleux, des phlegmasies chroniques, des lésions des os, etc. D'autres fois elles forment la seule expression locale de la diathèse. Elles peuvent même apparaître sans la physionomie caractéristique des scrofuleux, et j'ai fait remarquer que parmi ces malades on en trouve dont le tempérament paraît sanguin et la constitution assez robuste. Les scrofulides ne doivent pas plus que les autres manifestations de la diathèse, être exclusivement et systématiquement attribuées à telle ou telle couleur des cheveux et de la peau.

3° Les scrofulides ont cela de commun avec les syphilides que, se développant souvent à la face et au crâne, elles peuvent se montrer aussi dans les autres parties, aux organes sexuels, etc.

4° Elles se présentent sous la forme d'érythèmes, de vésicules, de pustules, et surtout de tubercules. Il est assez remarquable que les formes papuleuse et squameuse sont ici fort rares.

5° La coloration des scrofulides est en général terne, fauve, blafarde, d'un rouge livide, ou violacée, ou plombée.

6° Le développement de ces altérations se fait sans douleur. La pression n'excite pas ordinairement une vive sensibilité.

7° Il existe une tendance au gonflement, à la raréfaction des tissus, qui présentent le plus souvent de la mollesse et comme une sorte d'empâtement dans les parties affectées ou dans leur voisinage.

8° On observe aussi une grande disposition à la suppuration. Le pus, contenant des granules moléculaires, des cellules épidermiques, et ses globules ordinaires [1], diffère beaucoup par ses apparences physiques du pus phlegmoneux; il est plus ténu, plus séreux et moins homogène.

9° Les scrofulides ont encore une grande propension à former des ulcérations et à se couvrir de croûtes épaisses.

10° Elles ne sont point contagieuses.

11° Les cicatrices qui succèdent aux ulcérations et qui peuvent aussi se produire sans solution de continuité, sont plus ou moins déprimées, lisses, unies ou irrégulières, et anfractueuses.

12° Les scrofulides sont très-rarement accompagnées de réaction générale, même à leur début. Elles ne provoquent ni fréquence du pouls, ni élévation de la chaleur animale; presque toujours, au contraire, la peau reste froide et pâle.

13° Ces maladies marchent avec une extrême lenteur. Elles durent souvent pendant plusieurs années.

En rapprochant ce tableau de celui que présente l'histoire générale des syphilides, on trouve quelques traits de ressemblance; ce sont encore des pustules, des tubercules, des ulcérations, etc.; leur siége de prédilection est aussi la face, etc. Mais les différences s'établissent par l'âge, par la constitution des sujets, par la couleur et la forme des altérations locales, par leur marche, plus active dans les syphilides que dans les scrofulides, par l'envahissement du système osseux, plus tardif dans ces derniers, etc.

§ II. — Caractères particuliers des diverses scrofulides.

I. — ÉRYTHÈME SCROFULEUX.

Cette scrofulide se montre dans différentes circonstances.

1° On remarque très-souvent chez les enfants scrofuleux une rougeur blafarde, livide, avec gonflement, sur le lobe du

(1) Lebert; *Maladies scrofuleuses*, p. 266.

nez, sur la lèvre supérieure ou aux oreilles. Souvent il se forme des gerçures sur ces parties, et plus tard de petits points de suppuration [1].

2° Les engelures prennent chez certains enfants lymphatiques une apparence de gravité spéciale. Le gonflement, la lividité des doigts sont très-prononcés, et il s'établit des suppurations très-prolongées.

3° L'intertrigo qui survient derrière les oreilles ou aux plis des cuisses chez les jeunes sujets, paraît souvent tenir à la disposition scrofuleuse.

4° Dans le voisinage des tumeurs glandulaires abcédées, il est commun de voir s'étendre à une certaine distance une rougeur érythémateuse.

5° L'inflammation chronique de la peau se présente aussi chez les scrofuleux sous un autre aspect. Elle paraît atteindre le derme dans toute son épaisseur, et affecter le tissu cellulaire dans ses couches les plus superficielles. Elle se concentre sur divers points et y forme des nodosités ou des proéminences que je ne peux mieux comparer qu'à celles des érythèmes noueux et mamellés. La surface en est pourpre ou livide; mais on n'y trouve ni chaleur vive, ni prurit, ni douleur. D'abord un peu dures, ces saillies se ramollissent à la longue, offrent de la fluctuation et donnent issue, par une ouverture étroite, à une matière puriforme mal élaborée.

Ces petites tumeurs, qui s'observent au cou, à la face, souvent au voisinage d'ulcérations déjà existantes, doivent être bien distinguées de ces abcès scrofuleux volumineux formés dans le tissu cellulaire des parois thoraciques ou des membres, et qui offrent de la fluctuation sans changement de la couleur de la peau.

II. — ECZÉMA SCROFULEUX.

Cette scrofulide, que M. Bazin appelle inflammation exsudative superficielle, produit effectivement un suintement abon-

[1] Tyler Smith; *On scrofula*, p. 64.

dant d'un fluide sanieux, roussâtre. Elle est fréquente au cuir chevelu, où se perpétue une sorte de *croûte de lait;* derrière les oreilles; dans les conduits auditifs, où elle entretient une otorrhée opiniâtre; à la face, sur les joues, le nez, les lèvres.

Les surfaces malades, où ne se fait sentir que très-peu de prurit, sont pâles, humides, et habituellement recouvertes de croûtes minces, formées de pus et de lamelles épidermiques. Ordinairement, les ganglions lymphatiques qui avoisinent les parties affectées sont tuméfiés.

Indépendamment du traitement de la diathèse scrofuleuse, on peut employer dans ce cas l'huile de cade et le mélange de glycérine et d'oxyde de zinc.

III. — IMPÉTIGO SCROFULEUX.

Cette scrofulide pustuleuse, plus profonde que la précédente, et comme elle accompagnée d'exsudation purulente, se couvre de croûtes plus épaisses, plus solides, plus rugueuses, plus brunes.

Développée sur le crâne, elle colle les cheveux et répand une odeur très-fétide. On l'observe également à la face. Elle coïncide souvent avec la rhinite ou avec l'ophthalmie scrofuleuses, et avec l'engorgement des ganglions cervicaux. Les croûtes qu'elle forme à la face sont jaunâtres; lorsqu'on les soulève, on voit des ulcérations, tantôt superficielles, tantôt assez profondes. On dirait le derme altéré dans toute son épaisseur. C'est, dans ce dernier cas, l'*impétigo rodens* de Bateman. On le voit parfois sur le côté du nez, près de l'angle interne de l'œil. Il diffère du lupus par l'absence des saillies tuberculeuses qui accompagnent celui-ci.

IV. — ECTHYMA; RUPIA SCROFULEUX.

Ces deux scrofulides ne diffèrent que par les dimensions. Elles sont couvertes de croûtes épaisses, grisâtres, ayant dans le rupia l'aspect d'écailles d'huîtres. Leurs ulcérations sont li-

vides, leur suppuration ichoreuse; souvent elles s'accompagnent de l'empâtement du tissu cellulaire sous-jacent. Mais elles sont en général circonscrites et laissent saine la peau des environs.

La cicatrisation du rupia scrofuleux, toujours longue à s'opérer, peut être entravée par des boursoufflements plus ou moins consistants. Ceux-ci, se développant quand la cicatrice est consolidée, produisent une sorte de kéloïde [1].

V. — ULCÈRES SCROFULEUX.

Les abcès, les pustules, les vésicules d'origine scrofuleuse, amènent des ulcérations étroites et sinueuses, ou larges et superficielles, qui ont des caractères faciles à reconnaître. On les observe souvent sur les régions parotidiennes, au cou ou aux membres. Elles ont une coloration pâle, blafarde; leur fond ne se couvre pas de granulations; leurs bords sont minces et souvent décollés; en les comprimant on fait sortir des clapiers une matière sanieuse. La peau voisine offre de larges décollements. Souvent des trajets fistuleux, suivis avec le stylet, font connaître les sources profondes de la matière purulente; les ganglions lymphatiques indurés, les tissus fibreux, le périoste, les os eux-mêmes, sont parfois altérés au fond de ces solutions de continuité. Les ulcères scrofuleux ont toujours une marche très-lente.

VI. — ONYXIS SCROFULEUSE.

L'inflammation de la racine de l'ongle et des parties molles dans lesquelles il est enchâssé, constitue chez les scrofuleux une maladie très-opiniâtre. Une ulcération étroite circonscrit l'ongle, qui se déforme, devient épais et jaunâtre. Les chairs forment de chaque côté un bourrelet livide et saillant. La phalange se tuméfie souvent. Quand l'ongle se détache, il est remplacé par des productions cornées très-irrégulières.

[1] M. Bazin rapporte la kéloïde aux scrofules. (*Revue méd.*, 1857, t. I, p. 722.)

VII. — LUPUS ULCÉREUX (*LUPUS EXEDENS*).

Il est difficile de donner une notion exacte du lupus, soit parce qu'il se présente sous des aspects variés, soit parce que le mode intime d'altération qui le constitue est peu connu.

C'est en effet une altération qu'on appelle *tubercule*, mais qui n'a aucun rapport d'organisation avec le produit anormal interstitiel qui porte généralement le même nom [1]. Celui-ci consiste, en effet, en une matière solide, spéciale, granuleuse, blanchâtre, incohérente, véritable corps étranger qui s'infiltre ou s'accumule dans les organes et tend à les dénaturer; tandis que le mot *tubercule*, en pathologie cutanée, signifie une tumeur petite, dure et profonde, formée aux dépens du derme, dont elle désorganise le tissu sans l'intervention de la matière spéciale qui vient d'être rappelée.

La tendance à l'altération et à la destruction de la texture organique est donc l'attribut commun de ces états morbides; mais ces résultats se réalisent par des procédés différents.

De temps immémorial, les médecins ont vu des altérations d'abord superficielles porter de graves atteintes et une sorte de corrosion dans la peau et dans les parties qu'elle recouvre. Le mot *esthiomène* (ἐσθίειν, manger) fut donné à des ulcères qui, gagnant en profondeur, semblaient ronger et dévorer les tissus envahis. Cette expression a été conservée par Alibert, par M. Dietrich [2], par M. Huguier [3], etc.

Paracelse s'est servi du mot *lupus* dans le même sens, et il a rapproché cette maladie du cancer [4]. Willan a choisi la même dénomination pour désigner ce genre de dermatose toujours grave, qu'il a considéré comme le type de son ordre des tubercules cutanés. Willan et Bateman se sont bornés à cette détermination, et n'ont fait du lupus qu'une mention très-succincte. Biett, au contraire, s'en est occupé avec beaucoup

(1) T. III, p. 284.

(2) *Esthiomène*. (Thèses de Strasbourg, 1835, n° 1077.)

(3) *Mémoires de l'Acad. de Méd.*, t. XIV, p. 501.

(4) *Opera*, t. I, p. 778; t. II, *De arsenico*, p. 207. — *Chir. minora*, p. 32, etc.

d'attention, et a proposé une division tout à fait pratique du lupus, en celui qui détruit en surface, celui qui détruit en profondeur et celui qui s'accompagne d'hypertrophie [1].

M. Rayer a fait du lupus le sujet d'une étude sérieuse; il l'a divisé en *exedens* et *non exedens*, donnant au sujet de ce dernier des documents très-utiles [2]. M. Cazenave s'est livré également à des recherches importantes; non-seulement il a établi des distinctions devenues classiques, mais encore il a expérimenté avec bonheur divers agents curatifs [3]. Sous ce dernier rapport, Émery [4], M. Devergie [5], M. Pétrequin [6], ont enrichi la science de leurs observations. M. Huguier a singulièrement éclairé une partie de l'histoire du lupus [7]. M. Duménil en a aussi étudié quelques points avec un esprit très-judicieux [8].

Les médecins anglais, habitués au terme de *noli me tangere*, ont continué à s'en servir pour désigner le lupus, qu'ils rapprochent du cancer, sans cependant le confondre avec lui, et qu'ils regardent comme une nuance intermédiaire entre ce dernier et la scrofule [9].

Le lupus ou esthiomène, longtemps appelé en France *dartre rongeante*, était encore placé par Alibert, dans son dernier ouvrage, parmi les dermatoses dartreuses [10]. M. Moore Neligan l'a mis, avec la kéloïde, dans le chapitre des cancrodes [11]. M. Wilson a placé le lupus sur la même ligne que la lèpre, la scrofulo-dermie, la kéloïde et l'éléphantiasis, maladies attribuées à des causes internes spéciales [12].

(1) Cazenave et Schedel; *Leçons de Biett*, p. 463.
(2) *Maladies de la peau*, t. II, p. 193.
(3) *Annales des maladies de la peau*, t. IV, p. 113, 169, 197, 225.
(4) *Revue méd.-chirurg.*, t. IV, p. 65.
(5) *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, mai et juin 1848.
(6) *Revue méd.*, 1848, t. III, p. 45.
(7) *Mémoires de l'Acad. de Méd.*, t. XIV, p. 501.
(8) Thèses de Paris, 1854, n° 37.
(9) Houghton; art. *Noli me tangere* de la *Cyclopædia of pract. med.*, t. III, p. 385.
(10) *Monographie des dermatoses*, p. 415.
(11) *Diseases of the skin*, p. 322.
(12) *Diseases of the skin*, p. 313.

Une observation attentive a fait reconnaître en France que le lupus est très-fréquent chez les sujets lymphatiques ayant offert déjà quelques manifestations de la diathèse scrofuleuse. MM. Gibert (1), Émery, Devergie, Milcent (2), Putegnat (3), ont vérifié l'exactitude de cette étiologie. M. Hardy et M. Bazin n'ont pas balancé à ranger le lupus parmi les scrofulides.

Telle me paraît être aussi la véritable place de cette dermatose, bien qu'elle se présente quelquefois chez des individus assez robustes et ayant les apparences du tempérament sanguin.

Mais j'ai déjà fait remarquer, à l'occasion de la diathèse scrofuleuse, que les sujets à peau brune et à cheveux noirs peuvent aussi en offrir les manifestations les plus évidentes. Si cette remarque est exacte relativement aux cas d'engorgements glanduleux, d'ophthalmie chronique, de tumeurs blanches, de caries, pourquoi ne serait-elle pas applicable au lupus? Car celui-ci, non moins que les autres maladies congénères, peut très-bien être le premier et le seul indice positif de la scrofule.

Ces motifs m'ont paru suffisants pour justifier la place que je donne au lupus, tout en admettant que parfois il semble se présenter comme une maladie simplement locale et idiopathique.

Je divise avec les auteurs modernes le lupus en ulcéreux, tuberculeux et hypertrophique. C'est du premier que je fais mention dans cet article.

Le lupus ulcéreux, *lupus exedens*, le plus fréquent et le type du genre, est à la fois tuberculeux et ulcéreux. Il consiste en un développement de petites saillies dures et circonscrites, isolées et plus souvent agrégées, dont la surface s'excorie et s'ulcère, et dont le travail de désorganisation se propage en divers sens.

(1) *Maladies de la peau*, p. 344.
(2) *De la scrofule*, p. 174.
(3) *Revue méd.-chirurg.*, t. II, p. 76.

a. — **Causes du lupus ulcéreux.** — Le lupus est plus fréquent de douze à trente ans qu'aux autres âges, chez les femmes que chez les hommes, chez les sujets lymphatiques que chez ceux dont le système sanguin ou le système nerveux prédomine.

On le voit survenir chez des individus qui ont eu dans leur enfance l'eczéma ou l'impétigo du cuir chevelu, des engorgements cervicaux, etc. Il coïncide souvent avec la phthisie pulmonaire. Émery a vu celle-ci dans le neuvième des cas dont il a fait mention [1].

La syphilis héréditaire peut n'être pas étrangère à la production du lupus chez les jeunes sujets, comme M. Huguier en a vu un exemple chez une fille âgée de douze ans, d'ailleurs évidemment scrofuleuse.

On met au nombre des causes du lupus l'habitation des lieux humides, une mauvaise alimentation, la malpropreté. Mais il peut se développer aussi dans des conditions meilleures.

Il a été, dans quelques cas, le résultat de causes locales, comme une contusion, une pression souvent répétée. Ces causes ont trouvé dans les dispositions générales du sujet un auxiliaire puissant, comme le prouve un fait recueilli par M. Huguier [2]. Mais elles peuvent agir quoique ces dispositions ne soient pas évidentes, comme le démontre l'exemple suivant.

Ire Observation. — Clémence M..., âgée de trente ans, née à Langeais (Indre-et-Loire), servante, d'un tempérament lymphatique, assez bien réglée, n'avait eu, lorsqu'elle était jeune, d'autre maladie que des fièvres intermittentes. Depuis quelque temps, elle était obligée de porter de deux jours l'un sur son épaule gauche une forte charge de linge. Il y avait six mois que sur cette région, au niveau de l'articulation scapulo-humérale, avait apparu une sorte de tumeur, peu douloureuse, mais dure. Au bout de trois mois, cette tumeur s'était élargie et avait offert quelques légères excoriations.

Entrée à l'hôpital le 25 décembre 1852, cette malade présentait dans le lieu indiqué une plaque saillante, oblongue, plus large en arrière et en haut qu'en bas et en avant, ayant 7 à 8 centimètres de long sur 5

(1) *Revue méd.-chirurg.*, t. IV, p. 70.

(2) *Mémoires de l'Acad. de Méd.*, t. XIV, p. 508.

de largeur. La surface de cette plaque était d'un rouge violacé, parsemée d'inégalités tuberculeuses; son extrémité antérieure présentait plusieurs ulcérations recouvertes de croûtes jaunâtres. Ces surfaces étaient douloureuses à la pression. La malade fut soumise à l'usage des pilules asiatiques, des bains simples et sulfureux. Les saillies tuberculeuses et ulcérées furent cautérisées à deux reprises avec la poudre de Vienne. La malade sortit, deux mois après son entrée, avec une parfaite cicatrisation de son lupus. Mais celui-ci ne tarda pas à se reproduire, et, en outre, cette femme ayant reçu au-dessus de la bosse frontale gauche une forte contusion, il se forma en cet endroit une tumeur douloureuse, résistante et violacée, sur laquelle se creusa une ulcération assez large. Rentrée à l'hôpital le 20 mai 1855, cette femme offrit non-seulement cette ulcération, mais une autre large excoriation avec aspect fongueux dans le lieu primitivement occupé par le lupus. Les bains sulfureux, les tisanes amères et des cautérisations répétées avec le nitrate d'argent amenèrent une cicatrisation définitive.

b. — **Symptômes du lupus ulcéreux.** — C'est au visage qu'on observe le plus ordinairement le lupus. Son siége de prédilection est le nez; puis viennent les joues, les lèvres. Je viens de citer un exemple du lupus de l'épaule. Il peut se former sur le tronc, principalement à la partie supérieure et antérieure du thorax, sur les membres, sur les mains ou les pieds; quelquefois alors il coïncide avec celui du visage [1]. Il est une autre localisation fort importante, celle de la vulve et du périnée. M. Huguier a fait ressortir les traits d'analogie qui existent entre cette variété et celle qui se manifeste au visage.

Le lupus ulcéreux présente deux modes de développement et d'extension. Tantôt il s'accroît en largeur, tantôt il gagne en profondeur.

Le lupus qui s'étend en superficie commence ordinairement par un état érythémateux de la peau; des saillies molles, nombreuses, se forment sur quelques points de la surface rouge et tuméfiée; elles ne tardent pas à s'excorier. La superficie

[1] Un exemple remarquable de lupus ulcéreux a été donné par Hanbold, sous le nom de *vitiligo*. (*Vitiliginis leprosæ rarioris hist*. Lipsiæ, 1821.) Sans la figure qui montre le lupus sur la face, sur le thorax, sur les avant-bras et les bras, il eût été difficile de se former une idée de cette maladie. Les croûtes du thorax et des avant-bras avaient une couleur jaune blanchâtre au lieu d'être brunes; elles étaient irrégulières, découpées, appliquées sur un fond rougeâtre. Mais le lupus de la face et celui des avant-bras ne pouvaient laisser aucun doute.

de la peau semble corrodée, tandis que les couches profondes sont indurées et parsemées d'inégalités baveuses ; il en découle un ichor jaunâtre plus ou moins abondant ; il se forme des croûtes épaisses, brunes, grisâtres ou noirâtres, molles et parfois assez adhérentes. Quand ces ulcérations guérissent, elles laissent des cicatrices irrégulières, déprimées en divers points, saillantes, et avec brides en d'autres. La peau, évidemment amincie, ne se reforme qu'imparfaitement. Elle est toujours prête à se déchirer.

Ce lupus peut envahir de larges surfaces, presque tout le visage, ou le cou, ou une grande étendue du thorax (1) et des membres, guérissant d'un côté, se propageant de l'autre. C'est alors un *esthiomène serpigineux*.

Le lupus ulcéreux qui détruit en profondeur, ou *esthiomène perforant*, s'observe principalement au nez. Il commence quelquefois par une inflammation chronique de la muqueuse à son union avec la peau. On aperçoit sur les ailes ou le lobe du nez une rougeur violacée ou livide, avec gonflement. Cet érythème se propage aux joues et à la lèvre supérieure, ou à la paupière inférieure, et à l'angle interne de l'œil. Des tubercules isolés se manifestent sur ces diverses régions; ils s'ulcèrent bientôt, fournissent une sanie fétide et se couvrent de croûtes. Sous ces croûtes les ulcérations se creusent. Celles du nez parviennent aux tissus fibreux et fibro-cartilagineux ; les ailes du nez, la cloison des cavités nasales sont corrodées. Le nez se déforme, il s'affaisse et se recourbe en bas, tandis que sa partie moyenne reste tuméfiée.

Les ravages du lupus peuvent quelquefois être comparés à ceux du cancer. On le voit, provoqué peut-être par d'intempestives cautérisations, après avoir détruit presque tout le nez, gagner un œil, puis l'autre, et se propager jusqu'au fond de l'orbite (2). Ce lupus justifie l'épithète de *vorax*.

L'esthiomène perforant de la vulve donne lieu à des ulcérations circonscrites, mais profondes, situées au vestibule, ou

(1) Émery ; 1re Obs., p. 66.
(2) Stedman ; *Medical Times*, 1843, t. IX, p. 138.

à la fourchette, ou au voisinage du méat urinaire, ou autour de l'entrée du vagin, détruisant le tissu cellulaire des cloisons recto-vaginale et vésico-vaginale, et produisant même la perforation de ces parois. Ces ulcérations ont leurs bords découpés, décollés; elles sont blafardes, grisâtres, fongueuses, mais généralement indolentes.

Les symptômes du lupus ulcéreux se résument donc ainsi: rougeur livide et épaississement de la peau, saillies indurées, ulcérations, corrosion des surfaces altérées, s'étendant en superficie ou en profondeur.

c. — Marche et terminaison du lupus ulcéreux. — La marche de cette maladie est toujours très-lente. Elle peut persister en faisant des progrès pendant plusieurs années. Elle peut diminuer pendant un temps pour augmenter ensuite, disparaître même pour récidiver plus tard.

Le lupus de la vulve et des environs de l'anus a ordinairement une marche plus rapide que celui de la face et surtout que celui des membres.

Le lupus n'est pas une cause de mort prochaine. Il ne peut l'entraîner qu'indirectement si un érysipèle, s'emparant de la face ou du crâne, détermine une congestion cérébrale.

Mais l'érysipèle a eu dans plusieurs circonstances une influence plutôt heureuse que funeste. M. Sabathier a cité à ce sujet des faits que j'ai indiqués ailleurs. M. Duménil a vu huit fois l'érysipèle envahir les surfaces atteintes par le lupus et améliorer notablement celui-ci (1). M. Buckmaster a remarqué un effet non moins avantageux de la part de la rougeole, chez une jeune fille de quinze ans affectée d'un esthiomène du nez qui avait résisté à des cautérisations réitérées. La guérison arriva sans autre secours (2).

d. — Traitement du lupus ulcéreux. — Bateman avoue l'impuissance de l'art à l'égard du lupus, et excuse ainsi le peu

(1) Thèse, p. 31.

(2) *Dublin med. Press*, 1854, p. 194. (*Gaz. hebdom.*, 1854, t. I, p. 1119.)

d'attention qu'il donne à cette maladie. D'incontestables progrès ont été faits depuis, les ressources de la thérapeutique se sont multipliées et des guérisons fort remarquables ont été obtenues.

1° Si le lupus s'est développé chez un sujet sanguin et pléthorique, il faut avant tout tirer du sang, soit par la veine, soit par l'application des sangsues au voisinage des parties malades, selon le conseil de Lisfranc [1]. Mais ce cas est presque exceptionnel. On a cru, du temps de Broussais, pouvoir arrêter les progrès de la dartre rongeante en entourant de sangsues la partie affectée. On a eu de cruels mécomptes [2].

2° On a vu le lupus peu intense modifié par les antimoniaux, surtout par la tisane de Feltz.

3° L'arsenic a été employé sous diverses formes, en pilules (asiatiques), en solution (de Fowler, de Pearson). Taylor a mis en usage une solution d'iodure d'arsenic et de mercure, à la dose de 5 gouttes dans une tasse d'eau. Il a réussi chez deux femmes, l'une de soixante-quatorze et l'autre de cinquante-six ans [3].

4° L'iodure de potassium a eu de bons résultats [4].

5° Le chlorure de calcium paraît avoir été quelquefois utile [5].

6° Les bains sulfureux et iodés m'ont paru exercer une influence avantageuse.

7° L'huile de foie de morue est un excellent moyen, qui a produit entre les mains d'Émery, de M. Devergie, de M. Gibert [6], de Bennett d'Édimbourg [7], de Teïrlinck de Gand [8], de Manthner de Vienne [9], les effets les plus évidents et les plus heureux. Il faut donner cette huile à haute

(1) *Journal général*, 2e série, t. XXXIX, p. 411. — *Bullet. de Thérap.*, t. XI, p. 155.

(2) Gibert; *Nouvelle Biblioth. méd.*, 1826, t. II, p. 36.

(3) *American Journal*, 1843, t. V, p. 319.

(4) Maisonneuve; *Gaz. des Hôpit.*, 1849, p. 336. — Huguier, p. 559.

(5) Cazenave; *Annales des maladies de la peau*, t. III, p. 60.

(6) *Revue méd.*, 1844, oct.; — et *Bullet. de Thérap.*, t. XXVII, p. 477.

(7) *Union méd.*, 1848, p. 417.

(8) *Bullet. de la Soc. de Méd. de Gand*, 1852. (*Annales des maladies de la peau*, t. IV, p. 138.)

(9) *Union méd.*, 1854, p. 229.

dose, c'est-à-dire autant que l'estomac peut en recevoir sans en être fatigué; or, on a pu atteindre celle de 500 grammes par jour. Mais ce volume d'huile n'est pas toujours supporté, malgré l'eau de seltz ou quelques spiritueux, et l'on est obligé de s'en tenir à quelques cuillerées, au moins dans le principe, et on augmente graduellement.

8° Parmi les moyens locaux, il faut mettre en première ligne les caustiques, tels que les acides minéraux, le nitrate acide de mercure, le chlorure de zinc, la pâte arsenicale, la pâte de Vienne, la potasse, l'azotate d'argent, etc. Ces moyens peuvent être utiles quand il s'agit de changer l'aspect des surfaces, de réprimer des proéminences; mais il faut prendre garde de ne pas opérer des mutilations inutiles ou même nuisibles, par exemple en cautérisant au pourtour des orifices d'en amener le rétrécissement; enfin, d'ajouter à l'irrégularité des cicatrices.

9° Il est un caustique qui mérite une mention particulière; c'est le bi-iodure de mercure. Uni à l'huile d'amandes et à l'axonge, par égales portions, il est porté avec un pinceau de charpie et rapidement promené sur la surface du lupus, dépouillée de croûtes. Une excitation vive est à l'instant produite, une exsudation abondante a lieu. Il peut se produire de la fièvre. Mais ces effets immédiats ne tardent pas à se dissiper, et on voit le lupus notablement amélioré. On réitère les applications de ce caustique en variant les points touchés; on peut y revenir jusqu'à quarante fois, et arriver à une parfaite guérison. Tels sont les heureux résultats qu'a fait connaître M. Cazenave [1]. L'excitation artificielle de la peau paraît avoir la même utilité que l'excitation pathologique d'un exanthème aigu

10° Un autre agent puissant a été expérimenté et trouvé fort efficace à Lyon, par M. Pétrequin [2], par M. Potton [3].

(1) *Annales des maladies de la peau*, t. III, p. 57.

(2) Observations recueillies par M. Chavannes (*Revue méd.*, 1848, t. III, p. 45); — et par M. Soltz (*Revue méd.*, 1858, t. I, p. 201).

(3) Maliehecq; *Bullet. de Thérap.*, t. XXXVIII, p. 456.

Je veux parler du chlorure d'or. La surface touchée prend successivement une coloration jaune orangée, pourpre, violette et noire. Il n'y a pas d'eschare formée. Le chlorure d'or ne détruit pas les tissus, il les modifie, et sous la croûte qu'il produit, marche avec plus d'activité le travail de réparation et de cicatrisation.

11° On s'est servi avec avantage de la teinture d'iode pour toucher les ulcérations du lupus ([1]).

12° On a employé de la même manière l'huile animale de dippel. C'est un modificateur utile auquel on doit avoir recours quand les surfaces trop irritées repoussent l'emploi des caustiques ([2]).

13° C'est dans le même but que j'ai souvent employé l'oxyde de zinc, moyen très-efficace dans plusieurs maladies cutanées. Parmi les faits d'amélioration et de guérison du lupus de la face, qu'il m'a été donné de recueillir, je citerai le suivant, parce qu'il a eu pour sujet une personne délicate disposée à la phthisie pulmonaire, et déjà traitée par des caustiques énergiques qui avaient exaspéré au lieu d'améliorer les désordres locaux.

IIe Obs. — Mlle G..., âgée de quarante-huit ans, petite, maigre, avait été atteinte vers l'âge de vingt-cinq ans d'une gastrite chronique qui dura plusieurs années, et ne parut céder que lorsqu'une leucorrhée s'établit et devint abondante. Vers l'âge de quarante ans, les règles diminuèrent et se supprimèrent; il survint de fréquentes dyspnées et parfois des hémoptysies. A l'âge de quarante-trois ans, il se manifesta de violentes céphalalgies et un larmoiement de l'œil gauche; en même temps, il se produisit une inflammation dans les narines, qui se remplirent de croûtes et qui saignaient facilement lorsqu'on enlevait celles-ci. L'inflammation s'étendit à l'extérieur, s'empara de la peau du nez et des joues. Une plaque saillante se développa deux ans après au-dessus de la commissure gauche des lèvres, une plaque analogue se forma sur la joue droite, et de petites saillies tuberculeuses se multiplièrent dans les points intermédiaires. Ces diverses éminences se cou-

([1]) Teirlinck; *Annales des maladies de la peau*, t. IV, p. 139. — Richter, de Vienne; *Gaz. des Hôpit.*, 1856, p. 508.

([2]) Cazenave; *Annales*, t. IV, p. 92. — Duménil, p. 35.

vrirent de croûtes et de petites ulcérations. Le médecin consulté prescrivit la solution de Fowler, une pommade soufrée et divers autres topiques. La maladie ayant fait des progrès successifs, je fus consulté dans le mois de mars 1855. Une rougeur assez vive recouvrait le nez jusqu'à sa racine, ainsi que les deux joues; la paupière inférieure gauche était aussi envahie; l'on apercevait sur ces diverses surfaces des éminences petites, agglomérées, la plupart ulcérées, et donnant un suintement séreux; la cloison du nez était échancrée, le lobe du nez recourbé et affaissé; les ailes du nez, la gauche principalement, en partie corrodées; la muqueuse nasale était rouge. Mlle G... toussait fréquemment; elle avait quelquefois de la fièvre le soir; les fonctions digestives s'exécutaient assez bien. Je conseillai d'appliquer des cataplasmes de riz, pendant la nuit, sur toute la surface occupée par le lupus, et pour le jour, de la saupoudrer avec de l'oxyde de zinc. Je prescrivis des bains simples, un régime essentiellement lacté dans lequel entrait le lait d'ânesse, et l'huile de foie de morue à la dose de plusieurs cuillerées par jour; je prescrivis des bains sulfureux; ils provoquèrent des crachements de sang; il fallut les abandonner; les bains simples furent continués avec avantage. Après six mois de ce traitement, l'irritation pulmonaire avait entièrement cessé, les voies digestives étaient en bon état, et le lupus offrait une très-grande amélioration, c'est-à-dire que les ulcérations étaient cicatrisées, les tubercules affaissés; mais la déformation du nez persistait, ainsi qu'une rougeur occupant cet organe et chaque joue. La guérison parfaite a été obtenue depuis deux ans. J'ai eu l'occasion de revoir Mlle G...; il n'y a pas eu de récidive; sa santé continue à être bonne. Voici ce qui reste : la joue droite a repris son état entièrement normal; la gauche porte une circatrice large, étoilée, blanche, un peu déprimée; l'aile droite du nez conserve une échancrure à sa partie antérieure; l'aile gauche, un peu déprimée à son centre, est très-mince, mais sans corrosion; la cloison des fosses nasales est atrophiée à son bord libre; le lobe du nez est mince, mais a repris sa forme normale.

Après s'être volontairement sequestrée chez elle pendant deux ans, Mlle G... a pu reprendre ses relations de société.

VIII. — LUPUS TUBERCULEUX.

Ce lupus ne diffère du précédent qu'en ce qu'il ne tend pas à s'ulcérer. Comme lui, il affecte plus particulièrement les individus jeunes, lymphatiques; il est plus fréquent au visage qu'aux autres parties; mais on l'observe au cou, au thorax,

aux épaules, etc. [1]. Il se présente sous la forme de petites tumeurs aplaties, d'une couleur rougeâtre fauve, pâlissant un peu par la pression du doigt. Elles sont solides, consistantes, et offrent une certaine résistance élastique. Leur surface est lisse ou couverte de squames épidermiques minces. Ces tumeurs ne sont point douloureuses. Elles paraissent inhérentes au tissu du derme. Elles en affectent les couches les plus profondes. L'altération tend par là à se propager dans les tissus sous-cutanés. Quand ces tubercules guérissent, ils laissent après eux une cicatrice déprimée, indiquant une perte de substance. Cette espèce est donc encore un véritable esthiomène, puisqu'elle dévore la texture organique, non à la superficie, mais dans l'épaisseur même du tégument.

Tels sont les traits généraux de ce lupus, qui paraît essentiellement formé, comme le précédent, de cellules épithéliales pavimenteuses et d'éléments fibro-plastiques [2]. Il présente quelques différences, selon le nombre et la disposition des tubercules dont il est formé.

1° Il peut ne consister qu'en une seule tumeur développée sur le visage, ordinairement à la partie moyenne de la joue, de forme lenticulaire, ne dépassant pas 15 à 20 millimètres de diamètre. Cette tumeur, après avoir été longtemps unique et stationnaire, peut s'entourer de quelques autres tubercules.

2° Dans une seconde variété, les tubercules, plus ou moins nombreux, sont disposés en cercles. Le centre paraît moins malade que la circonférence, qui va en s'élargissant. C'est l'érythème centrifuge de Biett, ou le lupus érythémateux de M. Cazenave, lequel paraît être l'exagération de l'érythème circiné chronique, que j'ai décrit précédemment. On en distingue ce lupus par la saillie des plaques, par l'inégalité de leur surface et par la consistance tuberculeuse de leur base.

(1) M. Durkee a donné l'histoire d'un lupus tuberculeux ayant affecté une joue, le nez, la lèvre, et, de plus, la région dorsale d'un doigt. (*American Journal of med. Sciences*, 1859, t. II, p. 39.)

(2) Lebert; *Maladies scrofuleuses*, p. 214. — Huguier; *Mémoires de l'Acad. de Méd.*, t. XIV, p. 525. — M. Bazin appelle ce lupus *scrofulide fibro-plastique*.

Quelquefois, le centre reste rouge et tuberculeux, malgré l'extension des bords; la plaque est arrondie, ou ovalaire, ou allongée, comme dans le fait suivant :

IIIe Obs. — Pierre C..., âgé de vingt-un ans, natif de Talais (Médoc), terrassier, d'une stature élevée, d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une constitution assez forte et offrant une déviation latérale droite du rachis, usait habituellement d'aliments de mauvaise qualité ; il ne faisait point abus de boissons spiritueuses, mais il se livrait à l'onanisme avec excès. Il y a huit ans que, sans cause connue, il survint sur chaque pommette et au devant de l'oreille droite une saillie aplatie et rougeâtre de la largeur d'une pièce de 50 centimes. Ces petites plaques étaient sèches, présentaient alternativement quelques légères diminutions et des accroissements, mais ne disparaissaient jamais. Vers la même époque, à la suite d'un effort, il se manifesta une douleur très-vive au bras droit avec un bruit de craquement ou de frottement dans les mouvements de l'épaule. Ces bruits ont persisté. Ce jeune homme fut admis à l'hôpital le 5 décembre 1848. Chaque joue présentait une surface élevée audessus du niveau de la peau, de 5 centimètres de diamètre à droite et de 7 à gauche. Ces surfaces étaient inégales, tuberculeuses, rouges, recouvertes de minces lamelles épidermiques, et leur base était dure au toucher, entièrement solide et sans suintement ; il était facile de reconnaître un épaississement marqué de la peau. Chaque plaque, un peu relevée sur ses bords, était circonscrite par un liseré brunâtre de 2 millimètres de largeur. Le centre était plus pâle. Ces plaques étaient à peu près ovalaires : celle du côté droit étant allongée de haut en bas, et celle du côté gauche transversalement ; en outre, celle-ci était avoisinée par une autre plus petite, allongée, et parvenant au niveau du bord de la mâchoire inférieure. Au-devant de l'oreille droite existait une dépression analogue à celle d'une cicatrice de brûlure.

Les principaux moyens employés furent les bains sulfureux, les pilules asiatiques et des cautérisations avec le nitrate d'argent. Un état de pléthore s'étant manifesté, une saignée du pied fut pratiquée, et même réitérée au bout de quelques jours. Le malade fut purgé avec le sulfate de magnésie. Ce traitement fut employé pendant deux mois ; les plaques s'affaissèrent, leur couleur devint à peu près normale, et lorsque le malade quitta l'hôpital, le 5 février, ce lupus était en voie de guérison.

3° Une forme du lupus tuberculeux analogue à la précédente est constituée par des saillies aplaties ou d'apparence verruqueuse, plus ou moins nombreuses et plus ou moins rap-

prochées, qui se recouvrent de squames dures et grisâtres; ces squames se renouvellent fréquemment, et à mesure le tissu cutané s'amincit.

4° Le lupus tuberculeux ne se borne pas à atrophier la peau; il agit sur les tissus sous-cutanés sans produire d'ulcération; il peut ainsi amincir ou corroder le nez, les lèvres, les paupières, etc. C'est surtout dans les endroits où la peau est fine et le tissu cellulaire mince, que ces désorganisations intérieures se produisent d'une manière plus marquée.

5° Enfin, au lieu de faire des progrès dans le sens de l'épaisseur, il peut s'étendre en superficie, et guérir d'un côté lorsqu'il gagne de l'autre. C'est un lupus *tuberculeux serpigineux*. Cette mobilité manifeste une sorte d'aptitude à la guérison, plus marquée dans cette variété que dans les autres.

Quelle que soit la forme qu'affecte le lupus tuberculeux, s'il tend vers la guérison, spontanément ou par l'action thérapeutique, ses saillies s'affaissent, pâlissent; leur surface paraît moins tendue; elle se ride. L'amincissement fait des progrès, et le tissu de la peau se convertit en une sorte de cicatrice déprimée, inégale, parsemée d'aréoles et de brides.

Le moyen le plus propre à hâter la guérison est la pommade au bi-iodure de mercure, conseillée par M. Cazenave. L'application en est plus douloureuse que dans l'espèce précédente, parce que le derme a conservé l'intégrité de sa couche papillaire. Il survient au bout de quelques minutes un picotement, un sentiment de brûlure qui dure pendant plusieurs heures; mais le deuxième jour, la rougeur, le gonflement diminuent, puis les squames qui se sont produites tombent; il ne se forme aucune ulcération, et la peau, amincie, prend l'aspect d'une cicatrice.

IX. — LUPUS HYPERTROPHIQUE.

Le lupus hypertrophique n'est, à proprement parler, ni un lupus, ni un esthiomène, puisque le tissu de la peau, au lieu de se corroder à l'extérieur ou à l'intérieur, se développe, se tuméfie, et ne paraît subir ensuite aucune perte de subs-

tance. C'est un genre pathologique peu connu, imparfaitement déterminé, et qui réclame de nouvelles recherches.

M. Rayer a indiqué plusieurs des caractères de ce *lupus non exedens*. Il l'a vu sur les membres, principalement sur le supérieur, à la nuque, à l'occiput, sous l'oreille. Il a constaté son volume et sa brusque circonscription; il a observé à sa surface des inégalités très-marquées, des sillons, des brides, des porosités apparentes et un suintement séreux. La couleur rougeâtre, violacée des excroissances, est indiquée dans une des planches de l'ouvrage du même auteur ([1]). Je considère cet ensemble de caractères comme spécifiant d'une manière assez précise la forme pathologique appelée *lupus avec hypertrophie,* dénomination que j'emploie, n'en trouvant pas de meilleure à lui substituer.

D'après M. Cazenave, la face serait le siége exclusif du lupus hypertrophique ([2]). Plusieurs faits vont prouver que cette assertion est trop absolue.

Horack a rapporté l'histoire détaillée d'une altération remarquable de la peau, située à la partie inférieure de la jambe, chez un homme de trente-sept ans. Cet individu, tisserand, père de famille, avait toujours eu une sueur fétide et abondante des pieds, une tendance aux inflammations cutanées pour des causes légères. Il avait eu les jambes enflées; à l'âge de vingt-sept ans, il se forma des crevasses et des ulcérations vers les malléoles, puis la peau se tuméfia considérablement et prit un aspect fongueux; il en résulta une large excroissance, dont le tissu, ferme et résistant, offrait de nombreux tubercules durs, du volume d'un pois à celui d'un œuf de colombe. La couleur générale de cette hypertrophie était d'un rouge pâle, fauve; de nombreuses fissures laissaient couler une fluide jaunâtre, infect. La santé générale n'était pas mauvaise; il n'y avait ni amaigrissement ni débilité. Le sujet, pendant le cours de cette maladie, était devenu père de trois enfants. Il fut reçu à l'hôpital de Leipsick, et soumis à l'em-

([1]) *Maladies de la peau*, t. II, p. 198, et pl. XII, fig. 6.
([2]) *Annales des maladies de la peau*, t. IV, p. 199.

ploi des bains alcalins locaux, de la gomme ammoniaque avec l'extrait de douce-amère, des décoctions de quinquina et de lichen. Une notable amélioration survint, et déjà quand Horack publiait sa dissertation, la partie supérieure du lupus était affaissée et convertie en une couche écailleuse d'un blanc grisâtre. Dans le commentaire qui accompagne cette observation, l'auteur compare la maladie qu'il vient de décrire à quelques autres qui n'ont avec elle aucun rapport, et avec la bucnémie (éléphantiasis des Arabes), qui en aurait beaucoup plus; mais il fait remarquer avec raison que chez son malade il n'y avait point eu d'indice de lésion du système lymphatique, point d'érysipèle, point de paroxysmes fébriles; que l'épiderme n'était ni épais, ni squameux, ni dur. J'ajoute que l'examen attentif de la planche qui est jointe à la description montre une tumeur très-saillante, circonscrite, formant autour de l'articulation tibio-tarsienne un anneau large et fort épais, d'apparence tuberculeuse et fongueuse, différant beaucoup de la tumeur large, étendue, plissée et grisâtre de l'éléphantiasis des Arabes (1).

Un autre exemple de lupus hypertrophique de la jambe se trouve dans un fait communiqué par Martin d'Aubagne à Alibert. Le sujet était un homme de quarante ans, scrofuleux dès son enfance, qui, à la suite d'une plaie contuse de la jambe, vit se former des végétations verruqueuses sur la partie inférieure de cette jambe et sur le pied, presque entièrement masqués par ces excroissances (2).

Un troisième fait, mieux circonstancié, a été consigné dans sa thèse par M. Duménil (IVe Obs.). Il est relatif à un jeune homme de seize ans, lymphatique et scrofuleux, qui eut des ulcérations à la face dorsale du pied, un gonflement considérable de la jambe, avec coloration jaune bistre, et avec saillies tuberculeuses disséminées ou en groupes, à teinte fauve ou rouge foncé, et recouvertes de croûtes squameuses peu épaisses.

(1) Jo.-Car. Horack; *Commentatio medica rarioris degenerationis telæ cellulosæ et cutis in cruribus historiam sistens*. Lipsiæ, 1828.
(2) *Monographie des dermatoses*, p. 631.

L'esthiomène de la vulve se présente parfois sous la forme hypertrophique. M. Huguier l'a constaté, et les planches qui accompagnent son Mémoire en donnent une idée fort exacte [1]. Ce sont des végétations sessiles, résistantes, élastiques, mamelonnées, d'un rouge grisâtre, qu'il ne faut pas confondre avec l'éléphantiasis arabique des grandes ou des petites lèvres.

Le lupus hypertrophique se manifeste à la face, sur les joues, aux environs de l'oreille, au grand angle de l'œil, sur le nez, mais moins vers son lobe que près de sa racine et sur sa partie moyenne [2]. Il peut former une ou plusieurs tumeurs mamelonnées, d'un rouge pâle, et très-différentes des tubercules syphilitiques, mais saillantes et entourées d'une auréole autrement colorée.

J'ai recueilli deux observations de lupus hypertrophique, l'une avec peu de détails, n'ayant vu le malade qu'une fois, mais avec assez d'attention pour avoir pu rigoureusement déterminer les caractères de l'altération cutanée; l'autre a été très-longtemps sous mes yeux, j'ai pu en suivre toutes les phases, et je suis même obligé de n'en retracer les diverses circonstances que d'une manière très-abrégée.

IVe Obs. — Dans le mois de février 1836, un jeune élève, âgé de treize ans, me fut présenté portant au cuir chevelu, derrière et un peu au-dessus de l'oreille droite, une grande plaque saillante, arrondie, de 7 à 8 centimètres de diamètre, légèrement convexe, élevée sur ses bords de 3 à 4 millimètres et d'environ 5 à 6 dans son milieu. Cette plaque, d'un rouge fauve, solide, consistante et même un peu dure, était parsemée de saillies tuberculeuses, d'aspérités et d'orifices béants, dans lesquels on distinguait une gouttelette d'une matière épaisse jaunâtre. Cet état existait depuis plusieurs mois; l'enfant était lymphatique et d'une constitution faible.

Ve Obs. — Marie Bodet, âgée de trente-neuf ans, native de Saint-Romain, domiciliée à Bonnes (Charente), où elle travaille la terre, mariée, mère de deux enfants (l'un âgé de douze ans, l'autre de huit), est d'une forte constitution, d'un tempérament sanguin, d'une conformation régulière, parfaitement menstruée depuis l'âge de seize ans. Sa

(1) *Mémoires de l'Acad. de Méd.*, t. XIV, p. 519, pl. III et IV.
(2) James Houghton; *Cyclopædia of practical Medicine*, t. III, p. 388.

mère est morte d'hydropisie à cinquante-six ans. Son régime est principalement végétal. Elle a eu la gale deux fois, à dix-huit ans d'intervalle, et l'a gardée pendant un an chaque fois; elle a été atteinte d'une bronchite opiniâtre à l'âge de dix ans, et a conservé depuis cette époque un exutoire au bras gauche, entretenu avec l'écorce de garou. Elle a eu des fièvres intermittentes de divers types, qui ont été souvent combattues avec la centaurée.

Au commencement de 1845, elle ressentit entre les épaules une démangeaison bientôt suivie de la formation de papules, qui disparurent au bout de trois mois. En mai, la démangeaison revint et se fit sentir au sein gauche; il y survint un suintement roussâtre, et il se forma une large plaque couleur lie de vin, qui persista jusqu'au mois de décembre, époque où, soumise à des onctions avec une pommade mercurielle, elle guérit. Le vésicatoire du bras gauche, qui depuis six mois avait cessé de suppurer, fut tout à coup le siége d'un travail morbide; il survint du gonflement et un suintement considérable. En même temps, il y eut une fièvre intense, des sueurs copieuses, une chaleur très-vive à la peau. L'irritation s'étendit du bras à l'avant-bras jusqu'au poignet. On appliqua la pommade mercurielle. Le gonflement augmenta; il se forma des fissures et une exsudation très-abondante. Il y eut aussi une éruption vésiculeuse sur diverses parties des membres inférieurs.

L'année suivante, des taches avec démangeaison se formèrent aux pommettes et se convertirent en plaques avec suintement.

La malade vint alors à l'hôpital, et y séjourna pendant trois mois. Elle fut soumise à l'emploi de diverses tisanes et de lotions avec la décoction de tannin. Elle parut mieux et rentra chez elle. Bientôt le gonflement, l'exsudation reparurent; il se manifesta même une éruption impétigineuse sur le cuir chevelu.

Le 20 mars 1848, Marie Bodet est admise à la clinique interne, et présente l'état suivant :

1° Sur les pommettes on observe deux plaques de forme irrégulière, de 5 à 6 centimètres de diamètre environ, offrant près d'un centimètre d'épaisseur. La surface en est inégale, entrecoupée par des sillons plus ou moins profonds, recouverte de croûtes brunâtres, par les interstices desquelles se fait un suintement de sérosité roussâtre. Ces deux plaques s'étendent sur le dos du nez. Elles remontent de là en contournant les yeux et gagnent la paupière supérieure.

2° Au menton il existe une sorte de petit tubercule de forme aplatie et de couleur brunâtre.

3° Le lobule de l'oreille gauche est déformé, allongé, recouvert d'une plaque semblable à celle des pommettes, s'étendant jusqu'à la région parotidienne, et fournissant un suintement abondant.

4° Plusieurs saillies analogues se trouvent sur le cuir chevelu.

5° Sur la mamelle gauche, on voit une large tache, peu proéminente, violacée, sèche, et comme recouverte d'une poudre d'un gris blanchâtre.

6° Le bras gauche, ainsi que l'avant-bras, sont enveloppés en entier d'une plaque très-large et fort épaisse, qui représente comme une manche de drap exactement appliquée sur ces parties et s'arrêtant au poignet. Sa couleur est brune, sa surface inégale, rugueuse, mamelonnée, fendillée; elle fournit un suintement assez abondant et d'une odeur infecte.

7° La jambe gauche présente aussi comme une enveloppe, mais moins large et incomplète, qui s'étend de la partie interne et supérieure de la jambe jusqu'au voisinage de la malléole tibiale. L'exsudation séreuse est plus considérable sur cette plaque que sur les autres (1).

L'économie n'offre d'autre état morbide qu'une ancienne bronchite. Les diverses fonctions interrogées donnent des résultats négatifs.

Le traitement s'est composé de tisanes dépuratives, d'une, puis deux pilules asiatiques chaque jour, et d'un bain préparé avec 100 grammes de sulfure de potasse.

La toux a réclamé l'usage d'un looch calmant et l'application d'un vésicatoire au bras droit, le suintement des surfaces malades ayant notablement diminué vers le milieu d'avril.

Le vésicatoire a bientôt présenté des granulations nombreuses et un aspect assez analogue à celui des plaques de lupus.

La tête ayant été rasée, a laissé voir un boursoufflement considérable du cuir chevelu, avec des bosselures inégales, séparées par des espèces d'anfractuosités, imitant l'hypertrophie du derme.

Vers la fin d'avril, les pilules asiatiques sont portées au nombre de trois; le suintement des plaques des membres ayant presque cessé, mais leur épaisseur étant encore la même, un bandage légèrement compressif est appliqué sur ces parties.

Le 1er mai, le tubercule du menton a presque disparu. Les plaques des membres sont affaissées.

Le 5, il en est de même de la plaque de l'oreille.

Les plaques de la jambe conservant toute leur épaisseur en quelques points, on y passe une couche légère de pâte de Vienne très-liquide. Il en résulte une suppuration considérable, puis une odeur extrêmement fétide.

Le 9 mai, les productions tuberculeuses de l'oreille et des joues ont notablement diminué d'épaisseur. Les bourrelets que leurs bords formaient, ainsi que ceux de la partie inférieure de l'avant-bras, sont beaucoup moins tranchés.

(1) Un dessin colorié très-exact de ces nombreuses altérations est déposé dans les collections de l'École de Médecine de Bordeaux.

Le 17, le nitrate d'argent est largement passé, à plusieurs reprises, sur les plaques de la jambe et de l'avant-bras. La suppuration y est assez abondante, mais l'affaissement continue. Cet affaissement permet de distinguer une multitude de petits abcès sous-dermiques, qui paraissent avoir leur siége dans les follicules sébacés; ils sont tous de dimensions égales.

Du 21 au 31, les tubercules de l'oreille et du menton sont à peu près effacés. On remarque une grande amélioration au bras gauche. La peau tend à revenir à l'état normal. Cette espèce de manche brune, épaisse, qui semblait recouvrir le bras et l'avant-bras, a disparu en grande partie. La jambe est aussi beaucoup mieux. La plaque de la paupière gauche se couvre en deux points de squames circonscrites. La toux a diminué.

Du 1er au 15 juin, la plaque du bras ne forme plus qu'une simple tache. La toux persiste. La percussion ne donne aucune matité anormale; l'auscultation fournit du râle muqueux. Un cautère est placé à la cuisse droite. (Looch opiacé.)

Le 16, six sangsues sont appliquées à l'anus, à cause d'un retard des menstrues, qui coulent bientôt après.

A la fin du mois, l'amélioration a continué, la respiration est pure et sans râles.

Le 21, il survient, après un accès fébrile suivi de sueur, de larges vésicules à la partie interne du bras, de l'avant-bras et de la jambe gauches.

Le 26, ces vésicules se remplissent d'une sérosité abondante; dans quelques-unes elle est trouble et d'aspect purulent. Ces vésicules, ouvertes, sont touchées avec le nitrate d'argent. Le 27, la joue droite, qui était guérie, se couvre d'une sorte de croûte, et fournit un suintement abondant. Le nitrate d'argent y est passé.

Le 1 juillet, le tubercule sous-oriculaire est volumineux; on le recouvre d'une couche de poudre de Vienne. Les jours suivants, cette partie est considérablement affaissée.

Le 12, quelques nouvelles vésicules se sont formées au bras gauche.

Le 21, nouveau pemphigus à l'avant-bras. Cautérisation avec le nitrate d'argent. La surface cautérisée est rouge, chaude, douloureuse. On l'enveloppe avec des compresses trempées dans la décoction de racine de guimauve.

Pendant le mois d'août, l'amélioration, qui avait été interrompue, reprend son cours; les bains sulfureux et les pilules asiatiques sont continués; les plaques du lupus sont affaissées et presque effacées; on ne pourrait plus se faire une idée de l'affection telle qu'elle existait quelques mois auparavant. La menstruation a eu lieu régulièrement. La toux est presque nulle.

Dans le mois de septembre, les progrès vers la guérison continuent. La plaque de la joue droite est encore brune, mais très-mince et sans croûte; sa surface est rugueuse et comme mamelonnée.

En octobre, le même état persiste; la joue droite offre toujours une tache, et le bas de la jambe gauche présente comme un bourrelet, qui fait soupçonner que la maladie résiste encore.

Vers le 20 novembre, quelques vésicules se reproduisent à l'avant-bras gauche.

Le 1er décembre, on peut juger de la recrudescence du lupus par l'état de la joue et de la jambe. Le bras offre aussi quelques saillies tuberculeuses. La jambe est cautérisée. La malade est mise à l'usage de l'huile de foie de morue, indépendamment des pilules asiatiques et des bains sulfureux. Vers le 19, un état de pléthore très-marqué et des palpitations de cœur rendent nécessaire l'application de huit sangsues à l'anus. La malade avait pris beaucoup d'embonpoint, sous l'influence du traitement et d'un régime restaurant.

20. Exsudation abondante d'un fluide jaune grisâtre ichoreux à la joue droite.

22. Extension de l'affection tuberculeuse aux paupières.

Le 5 janvier 1849, nouvelle apparition des menstrues; pouls plein, chaleur à la gorge, état général d'excitation. Dix sangsues à l'anus. Lotions émollientes et opiacées sur les plaques du lupus.

Dans le courant de janvier, l'état s'améliore. Il en est de même en février. Cependant, il y a de temps à autre de la fréquence, de la plénitude du pouls, qui réclament l'application de quelques sangsues à l'anus, toujours suivie d'un mieux sensible. Les menstrues coulent régulièrement.

Le 25, la poudre de Vienne est appliquée à la cuisse droite pour raviver le cautère.

Le 27, un état de pléthore évident, une céphalalgie intense, la rougeur de la face, motivent une saignée du pied et un régime très-sévère.

Le 5 mars, apparition d'une tumeur volumineuse arrondie, très-sensible à la partie supérieure et interne de la cuisse gauche. La fièvre est continue.

Le 8, affaissement, prostration des forces, altération des traits du visage. Érysipèle avec larges phlyctènes le long de la jambe et du genou gauches. (Potion avec 2gr d'extrait mou de quinquina; compresses d'eau de sureau.)

Pendant le mois de mars, la maladie s'aggrave d'une manière inquiétante. Les phlyctènes se sont étendues jusqu'à l'aine. On dirait qu'un immense vésicatoire a été appliqué sur tout le membre. (On saupoudre avec un mélange d'amidon et de quinquina.) Le pouls est petit, fréquent, la respiration très-gênée, la faiblesse considérable, la langue sèche et

brune. Les dents se couvrent d'un enduit fuligineux ; le lupus fait des progrès à la face.

Le 16, la suppuration du membre inférieur est diminuée. On continue le quinquina à l'extérieur et à l'intérieur.

Le 17, on constate une large excoriation sur la région du sacrum, et un prolapsus de la muqueuse vaginale.

Le 25, la tumeur qui avait paru à la cuisse dès les premiers jours du mois, s'est convertie en un abcès considérable, qui est ouvert et fournit une suppuration très-abondante. La peau est décollée dans une étendue de huit centimètres en haut et de dix dans le bas. Une contre-ouverture est pratiquée dans la partie la plus déclive le 29.

Le 30, le pouls est toujours faible, mais moins fréquent. Les plaies présentent un bon aspect. La toux est vive, la voix rauque. (On ajoute quelques gouttes de laudanum à la potion d'extrait mou de quinquina.)

Dans le mois d'avril, le lupus disparaît graduellement à la face. Le pouls, qui avait toujours donné 100 pulsations, tombe à 88,92. (Potion de quinquina laudanisée; décoction de lichen d'Islande.)

Le 20, un abcès, qui a paru dans l'aine gauche, est ponctionné et parfaitement évacué.

Le 5 mai, un large emplâtre de Vigo est appliqué sur les ganglions inguinaux, encore tuméfiés.

Dans les mois de mai, juin et juillet, la malade éprouve une amélioration de plus en plus prononcée. Elle peut se lever. Les croûtes des plaques de lupus se détachent; on passe de temps à autre le nitrate d'argent sur les points qui fournissent de la suppuration. On a recommencé les pilules asiatiques et les bains sulfureux; la dose du sulfure est portée à 150 grammes. Les voies digestives offrent parfois quelques dérangements. Il y a de la diarrhée, qui est combattue par le sous-nitrate de bismuth et un régime sévère.

Les mois d'août et de septembre se passent assez bien; mais en octobre, on remarque une tendance au retour du lupus, quoique la santé générale soit améliorée.

En novembre, la résolution des dernières plaques du lupus s'opère successivement. La menstruation est régulière.

En décembre, quelques indurations de la cuisse réclament l'emploi de la poudre de Vienne.

Dans le mois de janvier 1850, la bronchite s'exaspère; une expectoration épaisse d'un blanc jaunâtre a lieu. (Potion avec kermès, 0gr05.)

Pendant les mois de février, mars et avril, les plaques de lupus ont encore diminué. Les points les plus saillants ont été touchés avec le nitrate d'argent.

Dans le mois de mai, on observe une recrudescence. En juin, la malade est envoyée à Baréges, où elle prend les bains pendant un mois et demi.

Rentrée à l'hôpital le 21 août, Marie Rodet offre le même état qu'à son départ. Les plaques de lupus, surtout de la face, sont toujours fort saillantes, et donnent un fluide séro-purulent.

Dans le mois d'octobre, on remarque une augmentation sensible. On applique de nouveau de la poudre de Vienne sur différents points.

En novembre, les surfaces qui ont été cautérisées prennent un aspect satisfaisant. On les recouvre de collodion; l'effet est nul. On les saupoudre avec du calomel; leur état devient meilleur.

La menstruation est en retard; quelques symptômes de turgescence sanguine sont combattus par douze sangsues à l'anus.

En décembre, la maladie est parvenue à un degré successif d'amélioration, qui permet à la malade de quitter l'hôpital. Elle sort le 24 janvier 1851.

Elle rentre le 15 mai suivant : Les membres supérieur et inférieur demeurent parfaitement guéris. La pommette droite et la paupière supérieure du même côté offrent des tubercules saillants, couverts de croûtes épaisses, jaunâtres, et donnant une exsudation purulente. Autour du mamelon droit, et même sur le mamelon, on remarque une altération analogue. Il y a de la toux, de la dyspnée, une expectoration muqueuse jaunâtre. L'appétit est conservé. Pas de fièvre. Le cautère séché est rouvert. (Tisane pectorale, looch calmant.) Quelques jours après, pilules asiatiques, bains sulfureux; poudre de Vienne de temps à autre sur les parties les plus saillantes des plaques. Pendant l'été et l'automne, le traitement se poursuit à peu près de la même manière. Il ne reste plus qu'une légère rougeur des conjonctives. Les plaques de lupus ont disparu. La malade prend, pendant le mois de janvier 1852, de l'eau de Labassère. Le 25, elle quitte l'hôpital entièrement guérie, et n'y a pas reparu depuis.

J'ai donné quelque étendue à cette observation, parce qu'elle montre et l'opiniâtreté de la maladie et la fructueuse persévérance avec laquelle le traitement a été employé. On a pu remarquer, comme circonstances coïncidentes, d'abord une tendance continuelle à la pléthore, puis une disposition à l'adynamie. On a vu l'effet des bains de Baréges ne pas être définitif, comme on eût pu l'espérer. L'efficacité des cautérisations a été incontestable; ce mode de traitement, employé fréquemment et hardiment, a fait détacher des quantités considérables de ces végétations organiques, qui formaient le caractère essentiel de la dermatose.

Il est assez curieux que ce lupus, d'abord presque exclusif

au côté gauche du corps, l'ait quitté pour se porter ensuite principalement à droite.

La bronchite a été en permanence chez cette femme, mais elle n'a pas fait naître de tubercules pulmonaires, circonstance bien remarquable, et qui prouve la nature essentiellement différente de la dermatose dont il s'agissait et de l'affection tuberculeuse proprement dite. Il est vrai que j'ai eu constamment soin d'établir des points de suppuration vers les membres inférieurs toutes les fois que l'exsudation des plaques de lupus paraissait diminuer. Il y a même lieu de noter que des abcès considérables, formés à la cuisse et à l'aine gauche, ont opéré de salutaires révulsions.

Bien que les cautérisations énergiques soient dans le traitement du lupus hypertrophique d'une efficacité incontestable, on pourrait encore avoir recours à l'instrument tranchant si les tumeurs étaient très-saillantes, circonscrites et solitaires. Des extirpations ont été opérées par Eberl (1), par M. Hoppe de Bonn (2) et par M. Huguier (3).

ORDRE IVe. — CANCRIDES.

J'appelle *cancrides* les maladies cutanées chroniques qui se produisent sous l'influence de la diathèse cancéreuse. Alibert avait réuni quelques-unes de ces maladies sous le nom de *dermatoses cancéreuses*, et les avait rangées sous deux genres, la carcine et la kéloïde (4). M. Moore Neligan a fait un chapitre des *cancrodes* (5), composé du lupus et de la kéloïde.

Les travaux des anatomo-pathologistes, et ceux surtout des micrographes, avaient eu dans ces dernières années pour conséquence de restreindre la dénomination de *cancer* à un nombre limité d'altérations caractérisées par une structure spé-

(1) *Ruts'magasin, etc.* (*Journal des Progrès*, t. IX, p. 244.)

(2) *Archives*, 4e série, t. XXIV, p. 218.

(3) *Mémoires de l'Acad. de Méd.*, t. XIV, p. 512.

(4) *Monographie des dermatoses*, p. 425.

(5) Nom adopté d'après la classification de Copland. (*Dictionary of practical Medicine*, t. III, p. 799. — Moore Neligan; *Diseases of the skin*, p. 321.)

ciale et par la présence de cellules et de noyaux de formes et de dimensions déterminées. Ces lésions organiques étaient appelées *malignes;* d'autres, plus ou moins analogues, mais composées d'éléments différents, étaient dites *bénignes,* c'est-à-dire plus locales, moins aptes ou moins promptes à envahir ou à désorganiser.

Cette distinction pouvait reposer sur une différence de composition intime; mais elle s'effaçait au lit du malade lorsqu'on voyait des tumeurs prétendues bénignes ou homœomorphes, des pseudo-cancers, récidiver, repulluler avec opiniâtreté, porter la désorganisation et la destruction dans les tissus les plus résistants.

J'ai déjà énoncé cette double proposition, que si la présence de la cellule et des noyaux spéciaux est un indice de l'existence du cancer, leur absence ne doit pas faire conclure qu'une affection organique n'est point de nature cancéreuse ([1]). J'ai en outre apporté des faits et des considérations tendant à prouver que les productions épithéliales ([2]) et fibro-plastiques ([3]) pouvaient se comporter à la manière des maladies essentiellement cancéreuses.

Ces observations et ces arguments graves, que j'opposais en 1853 à une doctrine qui se montrait absolue, ont reçu de la discussion soulevée en 1854 à l'Académie de Médecine de Paris une sanction pleine et entière. Après les discours si remarquables de MM. Velpeau, Cloquet, Barth, Malgaigne, etc., il a été impossible de ne pas rattacher au faisceau des maladies cancéreuses les tumeurs épithéliales et certaines productions fibro-plastiques.

C'est en s'adressant à l'observation clinique que les orateurs ont trouvé leur appui le plus solide; la nosographie, en effet, l'anatomie pathologique et la thérapie, se réunissent pour rectifier les donneés purement théoriques qu'on avait demandées au microscope.

([1]) *Cours théorique et clinique de Pathologie interne,* t. II, p. 478.
([2]) *Ibid.,* p. 345.
([3]) *Ibid.,* t. III, p. 354.

Le microscope avait fait voir des éléments fibro-plastiques dans des tumeurs de nature envahissante et incoërcible, d'aspect cancéreux; mais il en avait aussi montré dans le lupus tuberculeux; il en avait encore fait retrouver dans les tubercules syphilitiques, dans les condylomes, dans le chancre induré. Toutes ces maladies étaient-elles donc de même nature?

Les changements locaux de texture méritent sans doute une grande attention; mais un élément plus important précède et domine leur manifestation; c'est la diathèse sous l'influence de laquelle ils se préparent et s'accomplissent. Je me suis efforcé de mettre cette vérité en relief, en présentant les diathèses comme des états élémentaires, comme des lésions radicales et génératrices de diverses séries de manifestations pathologiques.

Ce sont ces dispositions générales qui impriment aux troubles locaux, aux altérations organiques, leur nature propre et leur caractère essentiel.

Ces principes, que la théorie avoue et que la pratique consacre, doivent encore ici servir de guides, et ils autorisent le rapprochement sous le titre commun de *cancrides* des maladies qui ont de grandes analogies dans leur origine, dans leurs symptômes, leur marche et leur issue.

Il est des caractères communs qui servent à les rapprocher, et il en est aussi qui établissent entre elles des nuances et des degrés.

1° Toutes les cancrides forment dans leur commencement des tumeurs plus ou moins consistantes, circonscrites, inhérentes au tissu de la peau, dont elles changent la texture intime. Toutes ont une tendance à s'accroître, et lorsqu'on veut les détruire, toutes manifestent une disposition plus ou moins vivace à se reproduire. Ces caractères appartiennent : 1° aux tumeurs fibro-plastiques spécialement afférentes à cet ordre; 2° aux productions épithéliales; 3° au cancer proprement dit (squirrhe, encéphaloïde, cancer mélanique).

2° Parmi ces trois sortes d'altérations organiques, il en est

qui ont en outre une grande propension à envahir les tissus voisins et à les détruire dans un certain rayon. Ce sont : 1° les tumeurs épithéliales ou cancroïdes ; 2° le cancer.

3° Enfin, le cancer, outre ces deux sortes de propriétés désorganisatrices, possède surtout celle de porter ses atteintes et ses ravages sur des points divers et éloignés de l'organisme qu'il infecte.

Ces caractères et ces degrés sont établis sur la majorité des faits. Une catégorie exceptionnelle pourrait montrer le squirrhe longtemps stationnaire, comme s'il était simplement local, et la tumeur fibro-plastique se répétant et se multipliant au loin, comme le ferait un squirrhe ou un encéphaloïde [1]. Mais les cas isolés ou rares ne doivent pas servir de base aux distinctions les plus usuelles. Or, en essayant de distribuer les cancrides, comme je l'ai fait pour les ordres précédents, en raison de leur gravité, je trouve d'abord les tumeurs fibro-plastiques et spécialement la kéloïde ; puis les productions épithéliales, c'est-à-dire le cancroïde ; et ensuite, le squirrhe cutané, l'encéphaloïde cutané, le cancer mélanique cutané. (Le colloïde n'a pas été observé à la peau.) Telles sont les affections cutanées cancéreuses, dont il doit être question d'une manière succincte, surtout à l'égard des quatre dernières, qui sont principalement du ressort de la chirurgie.

I. — KÉLOÏDE.

Le nom de *kéloïde* ou *chéloïde* est donné à des tumeurs aplaties, lisses, compactes, dures, d'une forme variée, d'une couleur légèrement rougeâtre, rosée ou violacée, comprenant toute l'épaisseur du derme et ayant une grande tendance à se reproduire.

Cette maladie fut dès les premières observations rattachée au cancer, et elle reçut le nom de *cancroïde;* mais cette dénomination ayant été bientôt attribuée à un autre genre d'affec-

(1) Velpeau ; *Bullet. de l'Acad. de Méd.*, t. XX, p. 36. — Larrey ; *Ibid.*, p. 130. — Bigelow, de Boston ; *American Journ of med. Sciences*, 1852, t. II, p. 388.

tion plus rapproché encore de la nature du cancer, on changea l'étymologie et le sens du terme employé. S'en tenant à la forme plus qu'au fond, on se servit du mot *chéloïde*, de χηλή, qui signifie *pattes* ou *pinces d'écrevisses*, parce que des parties latérales de la tumeur ainsi désignée partent souvent des prolongements, qu'on a comparés à des membres de crustacés.

La kéloïde n'a point été connue des anciens. C'est à une époque très-rapprochée de nous qu'elle a été entrevue, puis attentivement étudiée. Retz l'a le premier signalée comme ayant l'aspect de loupes plates et de cicatrices multiples réunies vers les mêmes points. Cette annotation, inscrite sous un titre insignifiant (1), demeura inaperçue.

Lorsque Alibert vit une première, une seconde fois ce singulier genre de tumeurs, il résolut de l'observer avec soin, et dès qu'un troisième fait vint l'éclairer davantage, il fit de la kéloïde une peinture très-fidèle et en traça les caractères avec une remarquable précision. Ses observations furent publiées en 1817 (2).

Quelques années après, M. Vallerand de Lafosse donna une autre histoire différant sous quelques rapports de celles qui avaient servi de base à la première description (3).

Alibert, dans son dernier ouvrage (4), distingue deux sortes de kéloïdes : la *vraie*, se manifestant sans lésion locale antérieure; la *fausse*, qui se développe après une solution de continuité ou qui paraît dépendre de la syphilis ou des scrofules. Celle qui proviendrait de ce dernier ordre de causes ne serait que des agrégations tuberculeuses d'un tout autre caractère, et qui ont été déjà mentionnées.

Quant à la kéloïde qui naît à la suite des solutions de continuité, elle a été étudiée avec soin par Hawkins en 1833,

(1) *Dartre de graisse*. Retz : *Des maladies de la peau et de celles de l'esprit*. Paris, 1790, p. 55.

(2) *Mémoires de la Soc. méd. d'Émulat.*, t. VIII, p. 744.

(3) *Biblioth. méd.*, 1829, t. IV, p. 212; — et *Revue méd.*, 1829, t. IV, p. 58.

(4) *Monographie des dermatoses*, p. 159. Il indique dans cet article, sans en donner la description, dix ou onze faits autres que ceux qu'il avait déjà fait connaître.

sous le nom de *tumeurs verruqueuses* des cicatrices. Étaient-ce de véritables kéloïdes? On le suppose. Toutefois, ces tumeurs avaient aussi quelque rapport avec les productions érectiles, car elles étaient très vasculaires et saignaient facilement (1). Quoi qu'il en soit, on a depuis assimilé à la kéloïde ces tumeurs dures et réfractaires qui s'élèvent à la surface du tissu cicatriciel.

M. Rayer a ajouté quelques traits à l'histoire de la kéloïde, en rapportant deux observations de cette lésion organique (2).

MM. Cazenave et Schedel (3), et Gibert (4), ont aussi vu cette affection cutanée et l'ont mentionnée.

La science possède un certain nombre de faits qui ont été recueillis par MM. Letellier de Saint-Leu Taverny (5), Guéretin, du Lion d'Angers (6), Gimelle (7), Macpherson (8), Velpeau (9), Michon (10), Warren (11), François Firmin (12), Cabot, de Boston (13), Burnett (14), Er. Wilson (15), Bazin (16). Des observations récentes ont été présentées à la Société de Chirurgie par M. Legouest (17) et par M. Verneuil (18). M. Follin avait précédemment étudié la structure des tumeurs qui s'élèvent à la surface des cicatrices (19).

(1) *London medical Gazette*, déc. 1833. (*Gaz. méd.*, t. II, p. 71.)
(2) *Maladies de la peau*, t. II, p. 607.
(3) *Maladies de la peau*, p. 602.
(4) *Maladies de la peau*, p. 414.
(5) *Bullet. de l'Acad. de Méd.*, 1836, t. I, p. 179.
(6) Thèses de Paris, 1837, n° 194, p. 35.
(7) *Bullet. de l'Acad. de Méd.*, 1843, t. VIII, p. 992.
(8) *London medical Gazette*, 1844. (*Gaz. méd.*, t. XIII, p. 444.)
(9) Observation recueillie sur un de ses élèves. (*Gaz. des Hôpit.*, 1845, p. 229.)
(10) *Du cancer cutané*. Thèse de concours. Paris, 1848, p. 141.
(11) *Surgical Obs. on tumours*. Boston, 1848, p. 41.
(12) Thèses de Paris, 1850, n° 169.
(13) *American Journ. of med. Sciences*, 1851, july, p. 71.
(14) *Ibid.*, 1853, oct., p. 369. Le fait appartient au docteur Deway.
(15) Trois Observations détaillées. (*Diseases of the skin*, p. 326, 328 et 329.) En outre, trois autres indications, p. 331.
(16) *Revue méd.*, 1857, t. I, p. 723.
(17) *Gaz. des Hôpit.*, 1858, p. 464.
(18) *Ibid.*, p. 475.
(19) *Ibid.*, 1849, p. 209, etc.

La kéloïde ne s'est pas offerte dans mon service à l'hôpital, mais la pratique civile m'a fourni les deux exemples suivants :

Ire OBSERVATION. — B..., entrepreneur de travaux de charpenterie, de haute taille, maigre, brun, marqué de la petite-vérole depuis son enfance, fut atteint vers l'âge de trente-six ans d'une pneumonie très-grave, dans le cours de laquelle des vésicatoires furent appliqués aux cuisses. Je l'avais vu en consultation deux ou trois fois pendant cette maladie. Il y avait six mois qu'il était guéri, lorsqu'il vint me consulter pour des tumeurs formées sur la cicatrice de l'un des vésicatoires. Cet exutoire avait suppuré longtemps et s'était à plusieurs reprises recouvert de plaques diphthéritiques; mais il avait parfaitement guéri. Ce ne fut qu'au bout de plusieurs semaines que B... sentit un picotement singulier à la cuisse droite, irritation qu'augmentait le frottement du pantalon. Il se forma insensiblement, sur la cicatrice du vésicatoire, des plaques inégales, élevées de 7 à 8 millimètres, dures, rougeâtres, sans excoriation, à surface lisse, et avec développement de quelques vésicules aux environs. Ces tumeurs étaient le siége d'une sensation pénible. Le sujet est d'ailleurs nerveux; il a les apparences de ce que les anciens auraient appelé le tempérament mélancolique; il a la peau brune, sèche et irritable; il est naturellement sérieux. Je lui recommandai l'usage des bains simples et à peine tièdes, de larges cataplasmes de riz sur la cuisse pendant la nuit, et pour le jour, des caleçons de toile d'un tissu fin et doux pour empêcher le frottement du drap. B... est très-sobre et de mœurs fort régulières. Je n'avais rien à lui recommander de plus quant au régime. Le mal fut enrayé. Après avoir duré pendant plusieurs années, les plaques kéloïdiennes ont diminué; elles ont perdu de leur vive sensibilité, et maintenant, presque effacées, elles incommodent peu le sieur B...

IIe OBS. — J'ai été consulté, dans le mois d'août 1850, pour une petite fille du bas Médoc, âgée de trois ans et demi, bien portante et très-colorée, qui présentait au-dessous de la lèvre inférieure une tumeur d'un aspect singulier. Quatre mois auparavant, des espèces de vésicules ou pustules s'étaient formées sur la lèvre elle-même. Les parents y avaient mis du cérat; l'enfant avait paru guérie, mais bientôt ce fut au-dessous du premier siége que des saillies se prononcèrent, se réunirent et formèrent graduellement la tumeur dont voici les principaux caractères : elle était transversalement située à 3 ou 4 millimètres du bord de la lèvre inférieure; plus inclinée à gauche qu'à droite, elle ne parvenait pas, de ce dernier côté, jusqu'au voisinage de la commissure des lèvres, tandis qu'elle la dépassait de l'autre. Elle avait 3 centimètres de long et plus d'un demi-centimètre de largeur, légèrement convexe en

bas et un peu concave en haut. Ses bords étaient inégaux, comme denticulés par des espèces d'appendices très-courtes. Le relief que faisait cette tumeur était surtout sensible vers les bords; il ne dépassait pas 2 ou 3 millimètres. Cette saillie était dure dans toute son étendue, et paraissait indolente. Sa surface était lisse, fine, tendue, d'un rouge peu foncé. Elle pâlissait par la pression du doigt. On eût dit une cicatrice proéminente de brûlure. Je conseillai de mettre des cataplasmes de riz sur la partie inférieure de la face pendant quelques jours, de donner des bains, de mettre de temps à autre une sangsue à l'anus, parce que cette enfant paraissait pléthorique, et de ne laisser pratiquer aucune opération. Je n'ai pas revu cette petite fille.

α. — Causes de la kéloïde. — 1° Dans quelques faits il a été possible de reconnaître une influence *héréditaire*. Alibert en cite un qui paraît à cet égard péremptoire ([1]). La première observation de M. Rayer est aussi très-probante. Celle de M. Burnett n'est pas moins positive : le père du malade et deux de ses oncles paternels avaient le même genre de tumeur et situé à la même région. D'autres enfants du même père avaient des tumeurs sur diverses autres parties du corps; l'un d'eux, garçon de quatorze ans, en avait une de la grosseur d'une orange au côté gauche du cou. Quant à d'autres dispositions héréditaires, on a vu la kéloïde survenir chez des individus dont les pères ou mères avaient été atteints de scrofule (Cabot), de maladies herpétiques (Alibert), de cancer (Wilson, Ire Obs.), etc.

2° Alibert pensait, d'après ses observations, que la kéloïde était plus fréquente parmi les femmes que parmi les hommes. M. Er. Wilson, au contraire, sur 6 observations en recueille 4 chez le sexe masculin. En réunissant 39 faits, portant l'indication exacte du sexe, j'en trouve 21 appartenant à des femmes et 18 à des hommes. La différence est donc peu considérable.

3° La plupart des malades étaient parvenus à l'*âge* adulte, mais la kéloïde avait souvent commencé dans les premières années de la vie. Chez la première malade d'Alibert, elle avait débuté peu de temps après la naissance. Chez le malade dont

([1]) *Monographie des dermatoses*, p. 467.

M. Burnett a donné l'histoire, l'affection avait commencé à trois ans. Elle avait paru au même âge chez la petite fille dont j'ai parlé. Le jeune malade de M. Cabot n'avait que quatre ans. Un jeune garçon cité par M. Gibert avait dix ans. D'autre part, les trois malades dont M. Er. Wilson a rapporté l'histoire avaient quarante-un, quarante-quatre et quarante-huit ans; mais leurs tumeurs étaient nées quelques années auparavant. Le deuxième sujet observé par M. Rayer avait soixante-trois ans; mais sa maladie avait débuté à vingt-huit ans. La deuxième observation de M. Firmin est relative à une femme qui ne s'aperçut qu'à soixante ans du développement d'une kéloïde. Mais en général on peut dire que la jeunesse et l'âge adulte disposent plus à la kéloïde que la vieillesse.

4° Il n'y a rien de constant à l'égard du *tempérament* et de la *constitution*. Quelques-uns offraient les apparences d'une exubérance lymphatique, d'autres celles de la prédominance sanguine, ceux-ci étaient bruns, ceux-là blonds ou avec une chevelure rouge.

Il existe très-probablement un état constitutionnel qui dispose à la kéloïde, mais jusqu'à présent il a été impossible d'en préciser le mode, d'en reconnaître les caractères, d'en prévoir les manifestations.

5° Il paraît que les *climats* chauds disposent à la kéloïde. Macpherson assure que les tumeurs des cicatrices sont communes au Bengale. Il en a vu se former sur les cautérisations pratiquées à la région de la rate pour guérir les engorgements de cet organe.

Les médecins de Boston croyaient, dit M. Burnett (1), la kéloïde plus commune en Amérique qu'en Europe. M. Legouest note cette circonstance que le malade présenté par lui à la Société de Chirurgie n'a vu ses kéloïdes se multiplier qu'après un voyage au Sénégal.

6° Des *altérations locales* légères du tissu cutané peuvent donner lieu au développement de la kéloïde. Un engorgement

(1) *American*, p. 373.

variqueux a précédé à la jambe la production d'un bouton dur et plat qui est devenu une kéloïde (Letellier). Des pustules nées sous l'influence du tartre stibié ont eu le même résultat (Phillips, Lloyd, Burnett, p. 371). Les cicatrices de la variole ont offert la même dégénération (Rayer, p. 667). Une simple égratignure (Alibert, III° Obs., p. 749), une piqûre faite avec la pointe d'un couteau (Rayer, Ire Obs.), ont servi de base à des tumeurs kéloïdiennes.

J'ai vu des scarifications trop profondes, faites après l'application des ventouses, produire des cicatrices bombées, dures et rouges, qui avaient jusqu'à un certain point le caractère de la kéloïde. Aux Indes, les coups de fouet laissent sur la peau des malheureux soumis à ce cruel châtiment de larges traces longitudinales et saillantes (Hawkins, Macpherson). L'invalide présenté par M. Gimelle à l'Académie avait reçu des coups de yatagan, et ce fut sur les cicatrices de ces plaies que les kéloïdes prirent naissance.

Le vésicatoire qui a longtemps suppuré et qui a profondément excorié le derme, comme j'en ai donné un exemple, une brûlure (Rayer), une cautérisation faite par un acide concentré (Verneuil), peuvent devenir l'occasion d'une kéloïde.

5. — Symptômes de la kéloïde. — 1° La *première apparition* de la kéloïde a lieu sous divers aspects. Ordinairement, c'est une sorte de papule accompagnée d'un léger prurit. La saillie qu'elle forme peut prendre en se développant la figure d'une fraise (Alibert, IV° Obs.); d'autres fois ce sont des espèces de pustules, bientôt recouvertes de croûtes verdâtres, et auxquelles succèdent des élévations dures, rénitentes, rouges (Alibert, V° fait). La kéloïde se présente parfois au début sous la forme de plaques rosées, minces, mais consistantes (Quéretin). Lorsqu'elle naît d'une cicatrice, on voit des espèces de bourgeons secs, verruqueux, couverts d'un épiderme très-fin (Hawkins). S'il arrive que ces diverses saillies, prises dans leur principe pour de simples végétations ou pour des pustu-

les insignifiantes, soient extirpées ou cautérisées, elles se développent avec une nouvelle activité (Alibert, IIe Obs.).

2° La kéloïde se manifeste sur les points où agit sa cause locale, lorsqu'elle succède à une solution de continuité, à une brûlure, etc. Mais en général, c'est sur le thorax qu'elle a son siége de prédilection, et principalement sur le sternum et au voisinage des mamelles. On l'a vue plusieurs fois à la partie postérieure du tronc, sur les épaules (Michon) et à l'avant-bras. M. Velpeau venait de montrer à sa clinique une kéloïde née à la suite d'une brûlure sur l'avant-bras d'une jeune fille, lorsqu'un des élèves présents, découvrant son propre avant-bras, fit voir une tumeur de même nature, mais spontanée.

On a vu la kéloïde sur les parois abdominales, à la partie interne ou externe des cuisses (Alibert, p. 747, ma Ire Obs.).

Elle s'est montrée au cou, près de l'angle de la mâchoire inférieure (Burnett), à la face, à la joue (Vallerand de Lafosse), près de l'angle des lèvres (Cabot), ou au-dessous de la lèvre inférieure (ma IIe Obs.).

La kéloïde peut se produire sur une membrane muqueuse, par exemple sur la conjonctive, après une brûlure par l'acide sulfurique (Verneuil).

3° Une tumeur kéloïdienne demeure assez souvent solitaire (Alibert, Gibert, etc.), ou il s'en forme deux (Guéretin), ou bien elle s'entoure de quelques satellites (Vallerand). D'autres fois, il s'en forme plusieurs simultanément ou successivement. Chez le jeune malade du docteur Cabot, après que sept petites kéloïdes se furent montrées à côté de la première, il en survint cinq ou six autres sur le visage et deux sur le bras droit. M. Cazenave a vu plus de vingt plaques de kéloïde sur la poitrine, les bras et les avant-bras d'une jeune femme belge [1].

4° Le *volume* des tumeurs est très-variable. Il s'étend d'un à plusieurs centimètres. La saillie est de quelques millimètres à un centimètre; ces limites sont parfois dépassées.

(1) *Maladies de la peau*, p. 603.

5° La kéloïde prend les *formes* les plus diverses. Tantôt allongée comme un doigt, Alibert la nomme *cylindracée;* tantôt elle est plus ramassée, ovalaire, triangulaire ou quadrangulaire. Alibert l'a vue former une croix de Malte. M. Bazin a vu plusieurs plaques disposées en cercle. Ce sont d'autres fois des lignes qui se croisent en divers sens, comme les barreaux d'un grillage.

En général, on distingue sur les côtés des tumeurs kéloïdiennes, des prolongements courts, mais assez épais.

La tumeur observée par M. Burnett, et représentée dans le journal américain déjà cité, offrait une série de renflements latéraux analogues à ceux du colon distendu. M. Burnett compare la tumeur extraite à un saucisson de Boulogne. Il est assez ordinaire que la saillie de la kéloïde soit moins prononcée au centre de la tumeur que sur les côtés. On y voit même parfois des dépressions et comme des anfractuosités (Retz, Firmin, p. 10.)

6° La *couleur* de la kéloïde est rougeâtre, pâle, rosée ou violacée (Er. Wilson, II° et III° Obs.); en général moins foncée au centre que sur les bords; elle est inégale et peut être traversée par des lignes blanchâtres. Elle pâlit par la pression du doigt. Les plaques kéloïdiennes ont parfois une teinte blanchâtre, uniforme (Firmin, p. 10); mais souvent on distingue des stries rougeâtres provenant de vaisseaux dilatés, surtout vers la circonférence.

7° La surface de la kéloïde peut être unie, même luisante, et formée par un épiderme très-fin. D'autres fois, elle est un peu ridée ou traversée par des espèces de brides plus ou moins saillantes, qui lui donnent l'aspect d'une cicatrice de brûlure. Parfois on y découvre une légère desquamation. Les kéloïdes nées d'anciennes cicatrices sont généralement rugueuses et inégales.

8° La *consistance* de toute tumeur kéloïdienne est ferme; si sa surface semble un peu molle (Wilson, p. 328), son centre est dur et offre la résistance du tissu fibro-cartilagineux. La pression peut faire reconnaître des inégalités de consis-

tance, des cordons ou des brides intérieurs, mais on ne distingue ni pulsations, ni bruissement, en un mot aucun bruit vasculaire.

9° La kéloïde ne paraît pas dépasser la surface interne du derme. Elle ne contracte point, comme le squirrhe, des adhérences avec les parties voisines. Elle reste mobile. Son extension ne se fait que sur les côtés, et toujours dans l'épaisseur de la peau.

10° La *sensibilité* est parfois à peine modifiée. M. Velpeau n'a produit aucune douleur en traversant une kéloïde avec une longue épingle. La petite malade que je vis paraissait ne pas souffrir. L'élève de M. Velpeau n'était point incommodé par sa tumeur. On ne peut concevoir l'insouciance des malades à l'égard de la kéloïde qu'ils portent que par l'absence de la douleur. Mais la tumeur qui se forme est le siége de sensations anormales. C'est d'abord un picotement ou un prurit qui oblige le malade à frotter ou à presser légèrement la saillie qui tend à se développer. Ce sentiment peut se changer en celui d'une cuisson plus ou moins vive ou en des élancements douloureux, pareils à ceux qu'aurait produits un choc électrique (Wilson, p. 326). La douleur ne se fait toutefois sentir que lorsqu'on presse ou qu'on agite la tumeur (Cabot, Guéretin, etc.). Elle est plus vive dans les changements de temps (Michon).

11° Alibert a trouvé la partie atteinte de kéloïde plus chaude que les autres (p. 746). La perspiration cutanée y a été aussi abondante qu'ailleurs (Firmin, p. 10). Les poils qui se trouvent sur la même région, s'atrophient ou tombent (Guéretin, Firmin).

Tels sont les phénomènes locaux qu'a présentés la kéloïde. On ne signale point de symptômes généraux propres à cette maladie. On n'a vu que de simples coïncidences (Firmin, Ire, IIe Obs. etc.), étrangères à l'histoire de la maladie elle-même.

c. — **Marche, durée de la kéloïde.** — La kéloïde a une marche très-lente; elle peut durer vingt et trente ans sans offrir un développement inquiétant. Les malades n'ont souvent con-

sulté les médecins qu'après avoir laissé la tumeur s'accroître pendant six ou sept ans. Cet accroissement, il est vrai, avait été insensible.

Il est cependant quelques influences qui semblent accélérer la marche de cette affection; tel est l'état de grossesse (Vallerand), ou encore l'âge critique (Rayer).

Il a paru que durant la menstruation, après l'exercice pendant les journées très-chaudes, la kéloïde était plus volumineuse, plus tendue, plus sensible. Alibert a aussi noté l'augmentation des picotements et des élancements dans les temps humides et à l'approche des orages.

La kéloïde peut subir dans ses apparences et même sa texture quelques modifications. Elle peut s'aplatir, pâlir et se ramollir légèrement en quelques points. C'est l'annonce d'une tendance vers la résolution.

Il est extrêmement rare que la tumeur se ramollisse au point de faire craindre la suppuration ou l'ulcération. M. Rayer a pu dire : « La kéloïde s'étend, mais ne s'ulcère pas. » Toutefois, dans le cas rapporté par M. Vallerand, la tumeur s'ouvrit à l'intérieur et à l'extérieur de la joue, et forma de petites ulcérations. Ce fait, jusqu'à présent, est exceptionnel.

Il n'en est pas absolument de même à l'égard des kéloïdes cicatricielles, qui, parvenues à un certain degré de développement, peuvent se déprimer au centre, se ramollir et s'ulcérer (Macpherson).

M. Robert Smith, de Dublin, a décrit sous le nom d'*ulcère verruqueux* une maladie des cicatrices fort analogue à la kéloïde. Cette maladie s'étend aux parties voisines, aux os, en atrophie ou en hypertrophie le tissu et le perfore. La nature cancéreuse de cette affection est prouvée par les altérations qui se développent successivement [1].

La kéloïde peut rester très-longtemps inerte et absolument stationnaire. Elle n'empêcha pas, dit Alibert, une jeune personne de se marier et d'avoir deux enfants.

[1] *Dublin quarterly Journ.*, 1856, may. (*Archives*, 4e série, t. XXIV, p. 219.)

d. — Terminaisons de la kéloïde. — Quoique en général réfractaire à tous les topiques, la kéloïde peut diminuer, s'affaisser, pâlir et ne laisser à sa place qu'une cicatrice blanchâtre, molle, élastique, recouverte d'un épiderme fin et parsemé des orifices distincts des follicules pileux et sébacés (Alibert, Firmin). Cette heureuse terminaison est très-rare.

La kéloïde qui se dissipe spontanément ne *récidive* pas. Celle au contraire dont le bistouri ou le caustique a voulu faire justice, repullule avec une ténacité et une activité désespérantes. Enlevée à l'état de simple papule ou de plaque mince, la kéloïde se reproduit aussi vivement que si déjà elle avait acquis un grand développement.

Les tumeurs verruqueuses des cicatrices sont peut-être moins aptes à se reproduire que les kéloïdes spontanées (Hawkins) ; mais il faut toujours s'en défier.

e. — Anatomie pathologique de la kéloïde. — L'examen attentif du tissu kéloïdien prouve que le derme est essentiellement affecté. Cette membrane est devenue plus épaisse et plus dense dans les points malades. Divisée, elle a une apparence fibreuse. M. Cruveillier l'avait depuis longtemps constaté [1]. Alibert parle également de fibres serrées, blanchâtres, entrelacées.

Les recherches microscopiques de M. Lebert et celles de M. Burnett ont mis hors de doute la constitution fibro-plastique de la kéloïde. La Thèse de M. Firmin renferme le résumé des observations de M. Lebert.

La pression du tissu malade ne fait suinter aucun liquide contenant des cellules ou des noyaux cancéreux. Ce tissu est composé de fibres très-déliées, réunies en faisceaux droits ou tortueux et ondulés.

Entre ces fibres se trouve une substance granuleuse demi-transparente, d'apparence gélatiniforme. Dans cette matière se trouvent des éléments du tissu fibro-plastique, des cellules pâles, aplaties, allongées, de $0^{mm},015$ en moyenne, renfermant

[1] *Bullet. de l'Acad. de Méd.*, t. VIII, p. 993.

un noyau ovoïde, aplati, à contours plus nets que ceux des cellules, souvent libres autour des fibres ou des corps fusiformes. Le nucléole de ce noyau est petit, de $0^{mm},002$; il n'offre pas l'aspect terne et légèrement opalin du grand nucléole de la cellule cancéreuse.

La tumeur enlevée par le Dr Deway, et examinée par M. Burnett, se composait de faisceaux fibreux et de cellules épithéliales, irrégulières, avec noyaux arrondis ou anguleux (p. 372).

L'épiderme qui recouvre ces tumeurs est mince, un peu plissé. Les follicules pileux et sébacés ne sont plus apparents, bien que leurs orifices soient conservés. Les vaisseaux du corps muqueux sont injectés. Il est probable que l'élément nerveux est lui-même aussi plus développé que dans l'état normal.

Les végétations nées sur les cicatrices ont offert à M. Follin un tissu fibro-celluleux, dans lequel il a constaté la présence d'éléments fibro-plastiques et de fibres. Il a vu en outre des petits corps particuliers de forme elliptique [1].

f. — **Physiologie pathologique de la kéloïde.** — Il résulte de ce qui précède, que la kéloïde est une hypertrophie de l'un des éléments du derme et une production fibro-plastique. C'est donc une maladie assez simple, considérée au point de vue anatomico-pathologique.

Mais sous quelle influence diathésique se forme-t-elle? La syphilis produit des tumeurs du derme, des tubercules, qui n'ont rien d'analogue avec elle. Les antécédents des sujets n'ont en général rien offert qui ait autorisé la supposition d'un principe vénérien.

M. Bazin ne balance pas à placer la kéloïde parmi les effets de la diathèse scrofuleuse. Mais les faits qui appuient ce sentiment ne sont relatifs qu'à des ressemblances de formes.

Une opinion plus générale est celle qui fait de la kéloïde

[1] *Gaz. des Hôpit.*, 1849, p. 300.

une des formes du cancer. Alibert croyait cette maladie issue de l'union du cancer et de la dartre. M. Vallerand admet une origine purement cancéreuse. M. Warren suppose quelques variétés de la kéloïde de nature maligne. M. Velpeau trouve beaucoup d'analogie entre la kéloïde et le squirrhe. En effet, ces tumeurs sont dures, compactes, elles repullulent quand on en fait l'extraction. Les douleurs sont variables pour l'une et pour l'autre. L'hérédité peut exercer son influence sur leur développement. Elles peuvent se multiplier comme par l'effet d'une cause générale, d'une véritable diathèse.

Ces motifs tendent à faire assimiler la kéloïde au cancer. Cependant, il faut remarquer que le fait de la récidive n'est pas la preuve absolue d'une nature cancéreuse, car les productions érectiles y sont également sujettes. L'hérédité ne serait pas non plus un motif suffisant pour admettre une origine cancéreuse, beaucoup d'autres lésions pouvant être également héréditaires.

Mais l'introduction dans le derme d'un tissu qu'il ne présente pas à l'état normal, cette tendance à se répéter, à se multiplier dans diverses régions, cette obstination à se reproduire quand on l'enlève, font de la kéloïde une maladie assez analogue à celles qui sont réellement cancéreuses. Seulement, elle a moins de disposition à envahir et désorganiser les tissus voisins, à porter atteinte à l'existence du malade ; elle a même quelquefois guéri spontanément, tandis que le cancer obéit presque toujours à une destinée fatale. La kéloïde résiste quand on veut la détruire ; elle réagit et redouble d'énergie, mais ses récidives sont loin d'être aussi dangereuses que celles du cancer.

f. — **Traitement de la kéloïde.** — L'expérience a souvent appris que les topiques excitants, résolutifs et astringents, non-seulement demeuraient sans succès, mais encore pouvaient nuire, et que les émollients s'il y avait de la chaleur, de la rougeur, les sédatifs narcotiques s'il y avait de la douleur, étaient bien préférables.

M. Rayer a conseillé la compression; ce serait un bon moyen si la douleur n'en était pas exaspérée et si la tumeur trouvait d'autre part un appui suffisant.

Le collodion pourrait devenir un agent compressif d'autant plus utile, qu'il garantirait la surface de la kéloïde du frottement et de l'irritation des corps extérieurs.

M. Cabot a prescrit l'application locale de la teinture d'iode étendue et de la poudre-coton *(gun-cotton)*, laquelle a rendu les tumeurs blanchâtres et fait disparaître les veines adjacentes.

La cautérisation avec la pâte arsenicale (Alibert, p. 751) ou avec le mélange d'acide sulfurique et de safran [1] n'a eu que de bien rares succès. Ces succès cependant suffisent pour laisser quelque espérance aux malades qu'on tenterait encore d'opérer; mais cette opération ne serait justifiée que par l'incommodité et la douleur et par la volonté absolue du malade.

L'instrument tranchant a été employé également à l'extraction de la kéloïde, mais les succès définitifs sont l'exception. A ce titre, il faut citer un cas rapporté par M. Michon : à la seconde extirpation, la kéloïde fut détruite sans récidive [2].

Mais il vaut mieux, en thèse générale, s'abstenir de toute tentative opératoire. L'art ne demeure pas néanmoins inactif. Les altérants généraux, les résolutifs, peuvent être longtemps employés successivement. Il paraîtrait que l'iodure de potassium a eu quelque utilité (Firmin). M. Wilson conseille dix gouttes, trois fois par jour, de liqueur de Donavan [3].

On doit avoir recours à une hygiène convenable, à l'air de la campagne, aux bains de mer, etc.

II. — CANCROÏDE.

Le cancroïde est une tumeur formée d'éléments épithéliaux, qui tend à s'ulcérer et à se propager, et qui récidive si elle a été tardivement ou incomplétement enlevée.

(1) *Gaz. des Hôpit.*, 1845, p. 329.
(2) *Cancer cutané*, p. 143.
(3) *Diseases of the skin*, p. 311.

Ce genre de tumeurs a été étudié avec soin par M. Lebert [1].

I. L'influence héréditaire en est une cause très-fréquente [2]. Les deux sexes y sont exposés. On l'observe rarement avant l'âge de trente ans. Il est fréquent de quarante à soixante-quinze ans. Des causes locales peuvent en déterminer la formation et en précipiter la marche.

II. Le cancroïde parcourt des périodes successives pendant lesquelles on observe les phénomènes suivants :

1° Une petite saillie, dont le doigt reconnaît la dureté et l'adhérence au tissu du derme, se forme en offrant quelque ressemblance avec un rudiment de verrue ; sa surface est lisse, quelquefois elle fournit une légère desquamation ; examinée de près, on distingue vers sa base un léger développement vasculaire.

2° Au bout d'un temps plus ou moins long, cette petite tumeur s'aplatit et s'élargit ; très-rarement elle est allongée et pédiculée. Elle offre une légère rougeur, et sa surface devient inégale, comme gercée ou même fendillée. Sa consistance est toujours assez grande.

3° Peu de temps après que le bouton a pris 1 ou 2 centimètres de largeur, ou même avant, le malade y ressent de la démangeaison, de la douleur, de la chaleur, de la tension ; les parties voisines peuvent se tuméfier, et les vaisseaux superficiels qui les parcourent devenir plus apparents.

4° La partie saillante de la tumeur se recouvre d'une croûte mince, grisâtre ou brune, qui résulte de l'union d'un fluide exsudé avec des lamelles épidermiques.

5° Cette croûte enlevée laisse voir une érosion, une ulcération, qui tantôt reste superficielle, tantôt ne tarde pas à se creuser au centre, tandis que ses bords s'élèvent, se renversent et deviennent plus durs.

6° Le fond de l'ulcération présente de petites saillies rou-

[1] *Mémoires de la Soc. de Chirurgie*, t. II, p. 481 ; — et *Traité des maladies cancéreuses*, p. 594.

[2] Amussat ; *Bullet. de l'Acad. de Méd.*, t. XX, p. 227.

ges, allongées, disposées en groupes, et que l'on considère comme des papilles dermiques.

7° L'ulcération peut gagner en largeur, toujours précédée de l'engorgement et de l'induration des parties de la peau qui vont être envahies.

8° L'ulcération s'étend aussi en profondeur; dans sa progression lente, mais non moins redoutable, elle s'empare du tissu cellulaire, des tissus fibreux; elle pénètre jusqu'aux os, qu'elle ramollit et corrode [1].

9° Les ganglions lymphatiques situés dans le voisinage peuvent s'engorger, même quand la tumeur épithéliale n'a pas envahi les parties sur lesquelles elle repose, ou encore quand elle a été extirpée une ou deux fois. J'ai vu les ganglions, engorgés, indurés, suppurés et en partie détruits, prendre l'aspect de l'ulcère cancéreux le mieux caractérisé [2]. Dans ce cas, le malade présente tous les indices de la cachexie propre à la dernière période des affections cancéreuses.

10° Chez quelques sujets, la nécropsie a fait découvrir des tumeurs de la même nature dans le foie, dans les poumons [3].

III. Le cancroïde met plus ou moins de temps à parcourir ces diverses phases. D'après un tableau dressé par M. Lebert, sa durée peut être de six mois à vingt-trois ans. Son cours le plus ordinaire a été de dix-huit mois, deux, trois, six et vingt ans. Sa durée moyenne est de six ans et quelques mois. Il peut rester très-longtemps stationnaire. Il paraît même que dans quelques cas il a pu se flétrir et se résoudre [4]. Je crois cette terminaison possible dans les premiers temps de la formation du cancroïde.

IV. L'anatomie pathologique montre que la tumeur épithéliale peut offrir des degrés. Elle n'offre quelquefois qu'un développement épidermique et verruqueux; d'autres fois elle est

(1) Voyez l'Observation d'une tumeur épithéliale du cuir chevelu qui avait détruit une partie des os de la voûte du crâne et mis la dure-mère à découvert. (Rouget; *Bullet. de la Soc. de Biologie*, 1850, p. 121.)

(2) Deux exemples, t. III, p. 345.

(3) Velpeau; *Bullet. de l'Acad. de Méd.*, t. XX, p. 170.

(4) Lebert; *Mémoires de la Soc. de Chirurgie*, t. II, p. 519.

plus profonde et intéresse les papilles ; enfin, elle pénètre dans toute l'épaisseur des téguments. La production épidermique, au lieu de s'opérer à la surface de la peau, s'accroît donc de dehors en dedans et va irriter les couches profondes du derme, comme les cils qui poussent en arrière, irritent et enflamment la conjonctive.

Dans ces tumeurs se trouvent, indépendamment des cellules épithéliales, une infiltration adipeuse et des granules en nombre considérable. M. Lebert a observé aussi des corps globuleux ou ovoïdes qui résultaient du tassement des cellules épithéliales (1). M. Mayor avait considéré ces corps comme des follicules pileux (2) ; mais telle ne paraît pas être leur organisation.

M. Follin et M. Lebert ont fait une remarque d'une haute importance pratique : c'est qu'autour du cancroïde, et même dans les points où la peau paraît saine, le microscope découvre une grande quantité d'éléments épithéliaux comme infiltrés, ce qui prouve une chose et en indique une autre : la première, que le cancroïde tend, comme le cancer, à s'assimiler les tissus avoisinants ; la seconde, que dans l'extirpation de la tumeur, il ne faut pas ménager les parties qui se trouvent en rapport avec elle.

V. Le cancroïde a un aspect et des symptômes qui le font reconnaître et qui le distinguent des autres maladies. Le lupus a cependant été confondu avec lui, et la dénomination de *noli me tangere,* employée en Angleterre, servant à désigner ces deux maladies, est un moyen facile d'éluder la précision du diagnostic. Ces deux dermatoses peuvent commencer dans les mêmes parties et finir en causant des désordres presque égaux. Mais le cancroïde, vu à son début, est plus circonscrit, plus saillant, plus dur, ordinairement solitaire et non érythémateux ; plus tard, il est douloureux, et ses ulcérations ont un cachet qui les distingue. Ajoutez à ces circonstances la considération de l'âge, de la constitution et des états morbides antérieurs du sujet, et la distinction se trouvera facilitée.

(1) *Mémoires de la Soc. de Chirurgie,* t. II, p. 511.

(2) *Recherches sur les tumeurs épidermiques.* (Thèses de Paris, 1846, n° 8, p. 21.)

VI. Le cancroïde est toujours une maladie grave, surtout quand il existe depuis longtemps, qu'il est ulcéré, qu'il a gagné soit en profondeur, soit en largeur, plutôt qu'en hauteur, enfin s'il se trouve sur des ouvertures où la peau s'amincit pour se transformer en membrane muqueuse.

VII. Le cancroïde se développe avec une sorte de préférence dans certaines régions de la peau.

1° Son siége le plus fréquent, surtout chez l'homme, est la lèvre inférieure. La pipe en est une cause très-ordinaire. Il ne tarde pas à traverser l'épaisseur du derme tuméfié; il détruit le tissu cellulaire, les muscles, fait tuméfier les ganglions sublinguaux et sous-maxillaires, et peut intéresser l'os de la mâchoire.

2° Le sillon qui sépare l'aile du nez de la joue, le dos du nez, l'angle interne de l'œil, sont assez fréquemment affectés de cancroïde, ayant d'abord les apparences d'une verrue, puis s'ulcérant et détruisant les tissus sub-jacents.

3° Le prépuce, chez les individus atteints de phymosis, présente assez souvent une ou deux petites tumeurs verruqueuses, dont le caractère malin ne tarde pas à se déceler. Quelquefois c'est le gland lui-même qui en est affecté. Les ganglions inguinaux ont alors une tendance spéciale à s'engorger et à s'altérer.

4° Le cancroïde du scrotum constitue en Angleterre une maladie spéciale aux ramoneurs. En France, il n'est nullement attaché à cette profession, comme le prouvent quelques observations (1). Il est douteux que sa cause réside dans l'action de la suie sur la peau du scrotum, comme aussi dans des émanations métalliques arsenicales, etc. Cette cause est inconnue. Dans ses ravages, ce cancroïde peut s'étendre jusqu'aux testicules.

5° M. Lebert a vu le cancroïde sur le dos de la main chez des vieillards, et au talon; dans ce dernier cas, il a porté ses ravages jusqu'au calcanéum.

(1) Thèse de M. Mayor, p. 12. — Michon; *Du cancer cutané*, p. 135.

VIII. Le traitement du cancroïde serait nul si on s'en rapportait à la défense formelle qu'exprime le nom de ***noli me tangere***. Mais cette prohibition de tout moyen actif ne concerne que les périodes avancées de la maladie.

J'ai souvent été consulté pour des boutons verruqueux situés sur le nez, sur la joue, entourés d'une rougeur circonscrite et produisant un picotement fatigant. J'ai conseillé l'usage permanent des cataplasmes de riz, et j'ai vu le cancroïde commençant d'abord s'affaisser et finir par disparaître. Le cataplasme a une double utilité : il agit comme émollient ; de plus, il empêche le malade de porter la main sur le point affecté.

D'autres fois la tumeur était ulcérée, mais ne reposait pas sur une base très-dure. Le calomel, répandu sur l'érosion, a fini par en amener la cicatrisation.

Lorsque ces moyens ne produisent aucun changement favorable, que le tubercule épithélial est bien circonscrit, il faut l'enlever sans retard par le bistouri ou par le caustique ([1]), quelquefois par l'un et par l'autre.

M. Jules Cloquet s'est servi avec un succès fort remarquable de ce double moyen contre un cancroïde qui avait exercé ses ravages sur la plus grande partie de la face ([2]). Un tel exemple est très-propre à enhardir ; mais on ne saurait se flatter d'être toujours aussi heureux.

III. — SQUIRRHE CUTANÉ.

Le squirrhe de la peau commence par une tumeur circonscrite, peu élevée, dure, élastique, peu sensible à la pression. Le doigt reconnaît que cette tumeur est inhérente au derme. La couleur de la peau reste normale pendant un temps plus

([1]) Le mélange suivant est employé dans les hôpitaux de Paris :

Arsenic..................	1,50
Cinabre..................	7,50
Éponge calcinée..........	3,75

On fait une pâte avec quelques gouttes d'eau. — Cette formule est indiquée par Souberbielle. (*Gaz. des Hôpit.*, 1843, p. 288.) La poudre de Vienne est préférée par plusieurs praticiens (Amussat).

([2]) *Bullet. de l'Acad. de Méd.*, t. XX, p. 59.

ou moins long; puis elle devient un peu rouge; en même temps la tumeur acquiert plus de sensibilité; elle tend à se ramollir, du moins vers la surface; une légère excoriation s'y forme et se couvre d'une croûte sous laquelle se creuse bientôt une ulcération profonde.

Cette ulcération a des caractères qui la distinguent. Ses bords sont durs, élevés et renversés; son fond est grisâtre et fournit plus tard des excroissances fongueuses et irrégulières.

Le squirrhe cutané ne suit pas toujours cette marche; il peut rester dur et former une plaque, qu'on a comparée à un disque de cuir ou de bois. Sa surface est dure et raboteuse, légèrement rougeâtre ou grisâtre [1]. D'autres fois cette plaque est convexe, ridée à sa surface et peu consistante. J'ai examiné, il y a longtemps, un pareil tubercule cancéreux, situé à la cuisse d'un vieillard. Il était aplati en dehors et en dedans, exactement enchâssé dans le derme, rouge brun en dehors, d'aspect lardacé à l'intérieur; la graisse en contact avec sa surface interne était plus grisâtre que dans les autres régions.

Ces diverses formes de squirrhe peuvent s'observer sans autre coïncidence à la face ou sur les membres. Elles se montrent aussi au sein, soit lorsqu'un squirrhe existe déjà à la glande mammaire, soit indépendamment de cette coïncidence.

Le squirrhe cutané forme quelquefois un tubercule solitaire, d'autres fois il en existe plusieurs, circonstance qui influe beaucoup sur le prognostic et sur le traitement.

Le squirrhe cutané peut rester longtemps stationnaire et isolé; mais à la longue il s'étend, il retentit dans les ganglions lymphatiques et dans les viscères [2]. Si on l'extirpe, il récidive ordinairement.

Lorsqu'on se décide à pratiquer cette opération, il faut em-

[1] C'est le cancer ligneux de M. Velpeau, dont M. Cazenave a vu un exemple chez une vieille femme dont la peau du cercle inférieur offrait de nombreuses indurations de nature squirrheuse. (*Annales des maladies de la peau*, t. III, p. 45.)

[2] Lebert; *Mémoires de la Soc. de Chirurgie*, t. II, p. 497. — M. Broca a rapporté l'observation d'une femme de quarante-trois ans qui, indépendamment des tumeurs squirrheuses de la peau de la cuisse, en avait d'analogues dans les ganglions et les ovaires. (*Bullet. de la Soc. anatomique*, 1850, p. 131.)

porter avec la tumeur les parties les plus voisines, qui pourraient avoir reçu quelque infiltration de nature suspecte.

L'extraction du squirrhe cutané ne peut être pratiquée que s'il forme une tumeur isolée et s'il n'a pas pris de l'extension en largeur.

Le bistouri et le caustique arsenical sont employés selon les circonstances et selon les préférences du praticien.

La compression ne saurait avoir une utilité décisive. Les émollients, les émissions sanguines locales, ne sont d'aucun avantage.

Le squirrhe ulcéré paraît avoir été soumis avec d'assez bons résultats, par M. Redeschi, à l'action d'une solution de 8 grammes de chlorate de potasse dans 135 grammes d'eau [1].

IV. — ENCÉPHALOÏDE CUTANÉ.

Cette cancride a de grands rapports avec la précédente, puisque sa texture intime présente, comme la sienne, les éléments les plus caractéristiques du cancer. Mais sa consistance est plus molle, sa vascularité plus grande, sa marche plus rapide.

L'encéphaloïde cutané, quoique appartenant à l'âge adulte, se montre quelquefois dans les premiers temps de la vie. M. Michon a donné l'exemple curieux de tumeurs pisiformes, molles, réellement cancéreuses, développées dans le tissu de la peau d'un enfant d'un mois [2]. M. Rayer a rapporté l'observation d'une jeune fille de dix-sept ans dont la peau et divers organes étaient parsemés de nombreux encéphaloïdes [3].

Le nœvus vasculaire est quelquefois le siége d'une production encéphaloïde. Il en est de même de diverses altérations chroniques du tissu cutané, comme des ulcères ou des exutoires longtemps irrités [4].

[1] *Annali univers.* (*Journ. de Bruxelles*, 1847, p. 299.)
[2] *Du cancer cutané*, p. 38.
[3] *Maladies de la peau*, t. II, p. 282.
[4] Gosselin. (Michon, p. 31.)

L'encéphaloïde cutané peut, dans quelques cas, marcher avec lenteur [1]; mais ordinairement il ne tarde pas à former des ulcérations fongueuses, abreuvées d'un ichor infect, et exposées à de fréquentes hémorrhagies. Quelquefois il affecte une forme circulaire, il est déprimé au centre, avec des inégalités molles et grisâtres, tandis que les bords sont saillants [2].

Le traitement de cette cancride offre moins de chances de succès que celui des autres. L'extirpation est presque infailliblement suivie de récidive et de diffusion.

Mais quelques exemples prouvent qu'on peut toujours tenter la guérison, même en s'appuyant sur la possibilité d'une erreur de diagnostic. Dans un cas rapporté par M. Michon, Dupuytren crut à un encéphaloïde né dans un nœvus érectile que portait un jeune sujet à la région dorsale du pied et à la cuisse; des cautérisations furent faites; plus tard un cautère fut établi au bras. Le résultat de ce traitement fut extrêmement heureux [3].

Lorsque l'encéphaloïde a étendu ou multiplié ses ravages, on ne peut songer à aucune opération. Il faut s'en tenir aux sédatifs, car la douleur est en général vive. On doit aussi contribuer à calmer le système nerveux par un régime très-tempérant. J'ai été frappé d'une remarque présentée par M. Leblanc dans la discussion de 1854. Les animaux carnivores sont plus sujets que les herbivores au cancer; et la privation de la viande aurait peut-être d'utiles conséquences dans le traitement des affections cancéreuses [4].

V. — CANCER MÉLANIQUE CUTANÉ.

L'addition de la mélanose au squirrhe ou à l'encéphaloïde, plus souvent à ce dernier, constitue la forme appelée *cancer mélané*. La peau en a présenté d'assez nombreux exemples.

(1) Michon, p. 46 et p. 51.

(2) Encéphaloïde de la pommette chez une femme de soixante-dix ans. (Broca; *Bullet. de la Soc. anatomique*, 1850, p. 162.)

(3) Michon, p. 54.

(4) *Bullet. de l'Acad. de Méd.*, t. XX, p. 103.

Je l'ai vu chez un homme de cinquante ans, ayant eu une forte constitution, mais offrant depuis plusieurs années un état habituel de souffrances mal déterminées; son teint était devenu jaune terreux; il se forma sur divers points des téguments, sur les flancs, les fosses iliaques, les cuisses, des tumeurs plus ou moins saillantes et de volume varié, d'un bleu foncé et presque noir, peu consistantes; elles n'étaient pas très-douloureuses, et ne paraissaient pas disposées à s'ulcérer. Cette maladie fit des progrès rapides, et le sujet succomba.

C'est le cancer que Jurine appelait *anthracine*. Alibert l'a décrit sous le nom de *carcine mélanée* (1). D'après ce dernier, la couleur noire occupe surtout l'extérieur de la tumeur, tandis qu'en dedans elle est jaunâtre. Plusieurs fois on a vu des nuances variées, depuis le noir le plus foncé jusqu'au gris ou au jaunâtre, ce qui a donné à ce tissu quelque ressemblance avec l'intérieur de la truffe. La matière noire était en bouillie ou sous forme pulvérulente (2).

Le cancer mélané peut succéder à un squirrhe ou à un encéphaloïde déjà enlevés. On l'a vu pulluler alors avec une grande activité (3).

Le cancer mélané de la peau, s'il est solitaire, peut aussi bien être extirpé que les autres cancrides. On serait encouragé dans cette tentative par un exemple remarquable qu'a publié M. Sédillot en 1847 : c'est celui d'une tumeur encéphaloïde et mélanée de la peau de la région iliaque externe, chez une femme de quarante-quatre ans, qui guérit (4).

ORDRE V^e. — ARTHRITIDES.

La diathèse arthritique, si souvent héréditaire, et qui exerce dans l'organisme une influence si puissante, peut donner naissance à des manifestations morbides dont la peau est le siége extérieur. Parmi ces états pathologiques cutanés, il en est

(1) *Dermatoses*, p. 440.
(2) Robin; *Bullet. de la Soc. de Biologie*, 1849, p. 91.
(3) Michon, p. 64.
(4) *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1847, p. 87.

qui paraissent être la conséquence évidente et presque exclusive du principe arthritique; d'autres semblent n'avoir avec lui qu'un rapport moins direct et moins appréciable.

Ce point de pathologie, assez complexe, réclame des études nouvelles. Il offre cette double difficulté, que la goutte s'observe rarement dans les hôpitaux, et que les goutteux ne peuvent y être suivis dans les diverses phases de leur vie. C'est plutôt dans la pratique civile que ces recherches doivent être faites, en observant et notant les phénomènes et les états morbides successifs par lesquels passent les individus soumis à l'influence arthritique. Je ne doute pas que des études dirigées d'après l'ordre d'idées que je signale, n'apportent des documents pleins d'intérêt.

Je me borne en ce moment à une simple indication de quelques-unes des formes morbides tenant à cette origine, qui rentrent dans le domaine de la dermatologie.

1° Il est chez les goutteux des *éphidroses* spéciales que quelques auteurs ont signalées non-seulement à cause de leur siége particulier ou de leur abondance, mais aussi de la composition du fluide perspiré. Ce fluide a été trouvé tantôt acide, tantôt alcalin, et imprégné de matière calcaire.

2° Cette matière a quelquefois traversé les téguments en certains points, ou elle s'est accumulée immédiatement sous le derme aminci. J'ai vu des *collections de matière comme plâtreuse,* demi-liquide, formant des espèces d'abcès sur les côtés de plusieurs articulations phalangiennes, principalement du pouce; la peau était d'un rouge livide, amincie, presque transparente, soulevée et distendue; elle s'est ouverte pour donner issue à un liquide très-épais et très-blanc. L'examen chimique y fit découvrir la présence du carbonate et d'un peu de phosphate de chaux.

3° Les *concrétions arthritiques*, qui sont ordinairement produites par des urates, peuvent irriter la peau de dedans au dehors et donner lieu à des inflammations et des ulcérations [1].

[1] James Moore; *On gouty concretions.* (*Medico-chirurg. Transactions*, t. I, p. 117.)

4° J'ai vu dans la peau des goutteux se former des petites *tumeurs dures*, incolores, indolentes et stationnaires jusqu'à la mort; elles présentaient à la nécropsie des concrétions blanches et dures qui avaient envahi la face interne du derme et le tissu cellulaire sous-cutané. C'est surtout aux membres inférieurs que je les ai remarquées. Elles étaient isolées, peu nombreuses, petites et circonscrites.

5° Des *tumeurs épidermiques* peuvent naître sous l'influence de la diathèse arthritique. Un vieillard de soixante-dix-sept ans, goutteux depuis très-longtemps, ayant les articulations phalangiennes hérissées de nodosités, m'a deux fois consulté pour des tumeurs développées à l'un et à l'autre talons. Ces tumeurs, au nombre de trois ou quatre, volumineuses et agglomérées, paraissaient formées par de nombreuses couches de lamelles épidermiques; elles offraient un ramollissement notable au centre, où elles étaient d'une excessive sensibilité. Cet individu, ancien notaire, habitant une petite ville du Médoc, marchait très-peu, et avait toujours évité les chaussures étroites à cause de ses douleurs arthritiques. La première fois que je fus consulté, les deux talons offraient le même état. Je conseillai de les recouvrir avec de larges emplâtres résolutifs (diachylon et camphre, puis vigo cum mercurio). Le talon gauche reprit dans l'espace d'une année à peu près son état normal, mais le droit se tuméfia davantage, et devint rouge et très-douloureux. J'ai recommandé un long usage des cataplasmes émollients; on a dû plus tard revenir aux résolutifs. Cette production épidermique tenant du tylosis et de la verrue dans un lieu où on n'en observe pas ordinairement, m'a paru devoir être rapportée à une cause arthritique.

6° Willan a vu chez des goutteux le *psoriasis palmaire* alterner avec les attaques, et manifester ainsi ses liaisons avec la diathèse dominante ([1]).

7° On observe dans des circonstances analogues le *lichen* ([2]) et le *prurigo*. C'est surtout chez les goutteux avancés en âge

([1]) *On cutaneous diseases*, t. I, p. 164.

([2]) Bazin; *Revue médicale*, 1857, t. I, p. 395.

que ces dermatoses se remarquent [1] et présentent des variations en rapport avec les autres manifestations de la diathèse.

8° L'*eczéma* a porté également dans quelques cas un cachet particulier, qui l'a fait attribuer à une origine analogue. Dans une circonstance, j'ai pu constater ce genre de relation d'une manière très-évidente.

Mme B..., âgée de cinquante-deux ans, veuve, mère de deux enfants, issue d'un père qui mourut d'un cancroïde de la face et d'une mère sujette à des maux nerveux et même, ainsi que d'autres membres de sa famille, à de légères vésanies, avait joui d'une bonne santé. Elle était maigre, brune, assez colorée, très-intelligente et pleine de raison. A l'âge de trente-sept ans, elle fut prise de douleurs et de gonflement aux articulations des poignets et des doigts. Cette attaque passa au bout de trois semaines, mais revint dix ans après. Dans cet intervalle, il s'était lentement produit à chaque articulation des doigts, du côté de l'extension, des petites nodosités sans changement de couleur à la peau et sans douleur.

A l'âge de cinquante ans, Mme B... sentit un découragement, une tristesse dont elle ne pouvait se rendre compte, ayant de l'aisance, et ne trouvant autour d'elle aucun sujet d'inquiétude. Elle était poursuivie par un ennui profond dont rien ne pouvait la débarrasser. Le sommeil était assez bon, ainsi que l'appétit; les règles arrivaient encore à jour fixe; mais Mme B... fuyait la société, se persuadant qu'il suffisait de l'approcher pour partager son ennui. Elle n'avait aucun penchant au suicide, mais elle craignait de le sentir arriver; elle redoutait de devenir aliénée. Maintes fois elle m'avait exprimé ses terreurs à ce sujet. Le traitement recommandé avait consisté en un emploi régulier des bains simples, des anti-spasmodiques, comme la valériane, le castoreum, en un fréquent usage des purgatifs plus ou moins énergiques. Je conseillai à Mme B .. de s'occuper activement de ses propriétés, de faire des essais de plantations diverses, de cultures, etc. Son état demeurait stationnaire depuis deux ans, lorsque dans le mois de décembre, après des vendanges qui avaient été prolongées sur deux domaines différents, elle sentit un jour son moral dégagé; il lui sembla qu'elle sortait d'un sommeil long et pénible, et bientôt après elle s'aperçut qu'un prurit insolite s'était manifesté vers la vulve. D'abord, elle garda le silence; mais après un mois d'attente, ne pouvant plus endurer ce genre de souffrance, elle me consulta. Je trouvai un très-large *eczéma*

[1] Lettsom a fait cette Observation relativement au *pruritus nodicis*. (*Medical Memoirs*, t. III, p. 317.)

couvrant l'hypogastre, la vulve, les régions inguinales, et une partie des cuisses. Il existait aussi un prurit sans papules sur toute la face. Je me bornai à conseiller l'emploi des bains alternativement sulfureux et alcalins et une tisane de douce-amère. Cette éruption diminua sous l'influence de ces moyens; mais son véritable caractère se révéla au bout de deux mois. A cette époque, en effet, l'eczéma avait à peu près disparu, mais une douleur s'était manifestée dans les articulations métacarpo-phalangiennes des derniers doigts de la main droite. Il y survint un gonflement très-prononcé, de la rougeur, de la douleur, en un mot une véritable attaque de goutte; le coude droit fut aussi très-tuméfié, mais sans vive douleur; les mouvements de l'épaule du même côté devinrent pénibles. Ce retour de la fluxion arthritique vers son siége primitif et naturel a laissé l'excitation cutanée s'éteindre graduellement et complétement.

Il m'a paru positif que les troubles nerveux, puis l'éruption prurigineuse et vésiculeuse, avaient été des effets successifs et une sorte d'enchaînement morbide, qu'il était rationnel d'attribuer à la diathèse arthritique, depuis longtemps constatée chez cette dame.

Cette diathèse peut donc exercer une influence marquée sur la peau, et y produire des lésions qu'une observation attentive doit apprendre à reconnaître. Si les faits de l'ordre de ceux dont je viens d'esquisser quelques traits se multiplient, on parviendra sans doute à les distinguer, par des caractères précis, des autres manifestations diathésiques. En attendant, les antécédents connus du malade doivent servir de base au diagnostic.

2e SECTION. — MALADIES CUTANÉES CHRONIQUES PRODUITES PAR DIATHÈSE MONOGÉNIQUE.

Ces maladies sont la plique, la pellagre, l'acrodynie, l'éléphantiasis des Grecs, le radesyge, les maladies du Dithmarsen, de l'Esthonie, du Scherlievo, du Canada, le morula, le sibbens, le yaws, l'ulcère de Mozambique, le bouton d'Alep et celui de Biskara. Ces affections n'ont entre elles aucun lien direct; mais elles présentent des analogies remarquables.

Presque toutes sont étrangères à nos contrées, ou elles n'y

ont paru que pendant un certain temps et que dans certains lieux. Leur caractère commun le plus tranché est d'appartenir à des localités déterminées; ce sont des maladies *endémiques* par excellence.

Quelques-unes sont héréditaires, plusieurs sont contagieuses.

Il en est qui offrent une coïncidence curieuse entre les altérations de la peau et des lésions plus ou moins profondes du système nerveux.

Elles sont indépendantes des diathèses polygéniques, bien qu'elles offrent avec quelques-unes de ces dernières des rapports et des traits de similitude plutôt entrevus que confirmés.

I. — PLIQUE (*TRICHOMA*).

Les mots *plique* (πλεκειν, mêler, entortiller) et *trichoma* (τριχωμα, chevelure) sont donnés à une maladie dont le caractère le plus saillant est une agglutination, une sorte de feutrage des cheveux ou des poils, opéré par le suintement d'un fluide visqueux.

Cette maladie n'est bien connue que depuis le XVIe siècle; mais, d'après quelques auteurs, elle est plus ancienne ([1]). Elle est endémique dans les diverses parties de la Pologne, dans la Lithuanie, le grand-duché de Posen, la province de Séverie, la Volhynie, l'Ukraine, la Galicie; elle est à peu près exclusive à ces contrées ([2]); d'où la dénomination de *plique polonaise*.

Des opinions très-divergentes ont été soutenues à l'égard de cette maladie. L'impossibilité de contrôler, de vérifier par soi-même les assertions émises, rendrait très-hasardeuse une excursion faite sur un sujet qui nous est étranger. Il est donc prudent de s'en tenir à quelques considérations fort succinctes, renvoyant, pour les détails historiques, à la Monographie de

([1]) Brera; *De plica polonica omni ævo observata.* (*Sylloge opusculorum*, t. I, opusculum V.)

([2]) On dit cependant qu'elle a été rencontrée en divers autres États d'Europe, en Asie et en Afrique. (Virey; *Archives*, t. VI, p. 214.) Ce n'était probablement point de véritables pliques.

F.-L. de Lafontaine ([1]) et à la Pathologie de Joseph Frank ([2]); pour les recherches et les observations, aux Mémoires de Kaczkowski ([3]), de Sédillot ([4]), de Marcinkowski ([5]), de Schweiger ([6]), de Szokalski ([7]) et de quelques autres auteurs. Les planches exécutées pour le grand ouvrage d'Alibert peuvent donner une idée des diverses formes de la plique ([8]). Les faits principaux de l'étude de cette maladie sont très-bien résumés dans le Compendium de Médecine de MM. Monneret et Fleury ([9]).

α. — **Causes de la plique.** — L'hérédité de la plique est admise par des auteurs recommandables ([10]); elle est mise en doute par plusieurs autres.

Cette maladie s'observe à tous les âges. On a même dit qu'elle pouvait être congénitale; cette assertion est contestée Mais il est reconnu qu'elle se manifeste chez les enfants très-jeunes et chez les vieillards, même chez ceux qui sont presque chauves. Mais De Lafontaine ne l'a pas rencontrée chez ceux qui ont les cheveux blancs. Elle est à peu près également commune dans l'un et l'autre sexes.

Aucun tempérament, aucune constitution, n'en est à l'abri. Elle est plus fréquente chez les paysans que chez les citadins, chez ceux qui vivent dans la misère et la malpropreté; mais on l'observe aussi dans les classes aisées de la société.

([1]) *Traité de la plique polonaise*, en allemand, en 1792, trad. par Jourdan. Paris, 1808.

([2]) *Praxeos Medicæ universæ præcepta*. Lips., 1815, t. II, p. 509; — et la trad. de Bayle, accompagnée de notes, t. II, p. 350.

([3]) *Diss. de plicæ polonicæ in varias præter pilos, corporis humani partes vi et effectu*. (Jos. Frank; *Delectus opusculorum in prax. Med. spect.* Novocomi, 1827, t. II, p. 201.)

([4]) *Nouvelles considérations sur la plique*. Paris, 1832.

([5]) *Considérations sur l'histoire et la nature de la plique*, trad. par Brierre de Boismont. (*Archives*, 1833, 2e série, t. III, p. 65.)

([6]) *Essai sur la plique polonaise*. (Thèses de Paris, 1837, n° 411.)

([7]) *De la plique polonaise dans l'état actuel de la science*. Paris, 1844.

([8]) *Description des maladies de la peau*, 2e livraison, 1806.

([9]) Article *Trichoma*, t. VIII, p. 136.

([10]) Selon De Lafontaine, le grand-père, le père, le fils et le petit-fils en sont très-souvent atteints dans le même temps; souvent elle passe du grand-père au petit-fils, de manière que deux générations en sont exemptes. (*Traité de la plique*, p. 8.)

L'usage de se faire raser la tête, celui de la couvrir d'épais bonnets, ont pu contribuer à la production de cette maladie; elle survient aussi chez ceux qui n'obéissent pas à ces coutumes. Elle se développe plus souvent en été qu'en hiver.

Un mauvais régime, l'habitude des aliments acides, sont considérés comme des causes de la plique.

Cette maladie est propre à la Pologne; mais on n'a pu découvrir les circonstances géologiques qui favorisent sa production. On l'observe le long de la Vistule, près des marais, et en outre sur des points élevés et couverts de rochers.

On avait cru la plique contagieuse. Il paraît qu'elle ne l'est pas.

b. — Symptômes, marche et terminaisons de la plique. — 1° Il est rare que le développement de la plique ne soit précédé de phénomènes morbides que l'on considère comme des *prodromes*. Ces phénomènes se rapportent soit à des douleurs vagues, d'apparence arthritique ou rhumatismale; soit à des troubles des voies digestives : anorexie, nausées, vomissements, coliques, diarrhée; soit à des désordres nerveux : céphalée, vertiges, somnolence, tristesse, hallucinations, fourmillements dans les membres; soit à un état fébrile, simple ou typhoïde, ou à un état phlegmasique déterminé.

2° Sous l'influence d'une stimulation plus ou moins vive, d'un excès, d'une émotion morale, quelquefois après un sommeil profond ou un accès de fièvre, le cuir chevelu, plus rarement une autre région où le système pileux est assez abondant, comme la partie inférieure de la face chez l'homme, l'aissèle ou le pubis dans les deux sexes, devient le siége d'une excitation vive, et de l'exsudation plus ou moins abondante d'un fluide gluant et fétide (1).

3° Presque immédiatement après, les symptômes prodromiques s'apaisent. Si la fluxion sécrétoire est insuffisante ou enrayée, il peut survenir des ophthalmies, des engorgements

(1) M. Cazenave a trouvé quelque analogie entre ce suintement et celui de l'acné sébacée fluente. (*Annales des maladies de la peau*, t. III, p. 143.)

ganglionnaires, des phlegmasies des muqueuses ou des viscères.

4° Le fluide qui suinte des surfaces affectées est très-visqueux ; non-seulement il colle les cheveux entre eux, mais il les colle au bonnet ou à tout autre corps appliqué contre la tête. Cette matière se renouvelant d'une manière continue rend inutiles les soins qu'on peut prendre pour démêler et isoler les cheveux.

5° La peau du crâne est sensible, quelquefois douloureuse.

6° Les cheveux ou les poils agglutinés forment des faisceaux mous et humides, prenant des formes diverses, allongées en lanières, en cordes, en spirales, en forme de fuseau, de massue, de queue, etc. ; ou bien ils sont pris en masses irrégulières et volumineuses, comparées à une coiffure élevée, à un nid d'oiseaux, etc.

7° Les cheveux eux-mêmes n'éprouvent pas de changements dans leur organisation ; ils n'admettent pas de globules sanguins ; ils ne sont pas sensibles ; ils ne fournissent aucun suintement, quoi que le vulgaire ait pu croire à ce sujet. Mais ils s'allongent assez rapidement, et dans leur accroissement ils prennent des directions variées, se roulent, se tortillent, ce qui ajoute à l'intrication, au feutrage déjà commencé par leur agglutination. Ils peuvent former des mèches d'une longueur extraordinaire. Leur grosseur n'augmente pas dans la même proportion ; toutefois une augmentation réelle a été constatée dans quelques circonstances (Marcinkowski, p. 78).

8° Cette masse de cheveux, sous laquelle se cachent souvent des myriades de poux, répand une odeur extrêmement désagréable. Il s'y forme un champignon que Walther a nommé *trichophyton sporuloïde*. Ce végétal ne se trouve point dans les bulbes ni les follicules pileux, comme ceux des maladies phyto-parasitaires. C'est un produit et non une cause de l'altération pathologique [1].

9° Les ongles prennent part aux manifestations trichoma-

[1] Ch. Robin ; *Histoire naturelle des végétaux parasites*, p. 425.

teuses. Ils s'épaississent, changent de couleur, s'allongent; leurs fibres s'écartent, ou se partagent en lamelles, ou se recourbent en forme de griffes.

10° Après un accroissement qui dure pendant un temps plus ou moins long, et qui est rarement moindre d'une année, la sécrétion glutineuse diminue, les faisceaux feutrés se dessèchent et s'endurcissent. Pendant ce temps, les cheveux continuant à s'allonger, éloignent du cuir chevelu cette masse solide; de sorte qu'un intervalle composé de cheveux sains existe entre le crâne et la plique qui le recouvre. Cette séparation est l'indice d'une tendance à la guérison.

11° Il est rare que la plique soit une cause de mort. Cette terminaison est ordinairement le résultat de quelque grave coïncidence.

12° L'examen anatomique des cheveux et du cuir chevelu n'a fourni que bien peu de documents. On a trouvé les bulbes tuméfiés, les follicules remplis de matière glutineuse, le derme épais, pénétré d'un fluide jaunâtre qui était également infiltré dans le tissu cellulaire sous-cutané. Dans un cas de plique récente, De Lafontaine a trouvé les bulbes des cheveux gros, imprégnés d'une mucosité gluante et jaunâtre; dans un autre cas, cette altération n'existait pas, et le cuir chevelu ne différait pas de l'état ordinaire ([1]).

e. — **Traitement de la plique.** — Aucun remède n'a paru combattre la plique avec succès. La section des cheveux ne la guérit point quand elle est dans sa période d'accroissement; elle peut même avoir des résultats fâcheux, en obligeant le travail sécrétoire à se déplacer. Une métastase s'effectue alors. Il n'en est pas de même quand la fluxion a parcouru toutes ses périodes et qu'elle s'éteint, ce qu'on reconnaît au travail d'élimination qui vient d'être indiqué; alors le retranchement des cheveux agglutinés, successivement opéré, favorise la guérison.

([1]) *Traité de la plique*, p. 27.

d. — Considérations sommaires sur la nature de la plique. — Voilà les principaux faits que de nombreuses observations permettent de considérer comme les plus positifs. Quelle notion donnent-ils du véritable caractère, de la nature même de la plique?

A peine cette maladie avait-elle sérieusement attiré l'attention des médecins, qu'elle fut considérée comme le résultat local de l'incurie et de la malpropreté. Davidson, qui le premier émit cette opinion, lui donna l'apparence de la vérité en faisant couper les cheveux et en opérant ainsi des guérisons immédiates. Après plus d'un siècle, cette opinion fut renouvelée par les médecins français que les guerres de l'empire avaient conduits en Pologne (Roussille-Chamseru, Desgenettes, Boyer, Larrey, Gasc, etc.).

Ces hommes si sagaces eurent-ils le temps de bien observer cette singulière maladie, dont les évolutions sont si lentes? Lorsque Desgenettes disait que la plique était l'affaire du perruquier plus que celle du médecin, ne se montrait-il pas homme d'esprit plutôt qu'homme de science? Cette section des cheveux, considérée comme un argument péremptoire, ne réussit que quand elle est faite en temps opportun. La malpropreté n'est pas exclusive aux Polonais; elle se retrouve, ainsi que la misère la plus affreuse, au sein des cités les plus opulentes de l'Europe. La longueur, le nombre des cheveux, ne font presque rien quant à la production de la plique. Si quelquefois les cheveux se mêlent à la suite des maladies graves, s'ils s'entortillent et se collent, il y a bien loin de cet effet fort simple au feutrage et aux formes singulières que la plique donne à la masse capillaire.

Il y a, du reste, dans l'ensemble des phénomènes, une circonstance qui ne mérite pas moins d'attention que le changement d'aspect des cheveux : c'est la révolution qui s'est opérée dans l'économie. A un état de souffrance, à des phénomènes prodromiques plus ou moins graves, succède, par l'éruption trichomatique, un calme plus ou moins profond.

Ce calme est si souvent signalé, que le peuple et la plupart

des médecins en Pologne regardent l'apparition de la plique comme le terme heureux de beaucoup de maux. De là leur tendance à favoriser cette évolution; de là aussi des tentatives souvent intempestives pour atteindre ce but imaginaire. Mais de ce que l'on abuse d'un moyen, de ce que l'on essaie à contre-temps un mode de solution, s'ensuit-il que ces procédés n'aient jamais réussi, que même leur réalité soit contestable? Doit-on regarder comme de simples éventualités, comme des coïncidences fortuites ces soulagements proclamés en Pologne d'une voix unanime? Ce serait pousser trop loin le scepticisme.

Il me semble voir dans les diverses périodes de la plique un acte complexe de l'organisme, comme au début des fièvres éruptives, ou comme au développement de la syphilis secondaire, ou mieux encore comme à l'approche et à l'invasion des accès de goutte. Cette dernière analogie ne saurait être méconnue : prodromes plus ou moins graves, suivis d'une violente fluxion se faisant, ici sur une articulation, là sur une portion de peau couverte de poils nombreux; aussitôt après soulagement, ou, au contraire, aggravation si ce travail éliminatoire est troublé; de part et d'autre accomplissement lent d'une opération qui tend vers une heureuse issue, insuccès des moyens qui auraient pour but de hâter cette solution, comme aussi impuissance des agents destinés à combattre les dispositions organiques qui préparent et sollicitent cette double série de phénomènes morbides.

La plique paraît donc se comporter à la manière d'une maladie diathésique; mais elle forme une diathèse spéciale, une diathèse inhérente à un pays, à une population, à une endémicité restreinte, une diathèse fort différente des autres par son origine et par ses attributs, une diathèse enfin qu'on peut appeler *trichomatique* à cause du genre de manifestation qui lui est propre.

II. — PELLAGRE.

La pellagre est une maladie qui, dans sa marche progressive, envahit plusieurs grands appareils organiques; toutefois,

ses premiers phénomènes appartiennent à la peau. La dénomination consacrée par l'usage en dénonce le siége. Le mot pellagre ne signifie, en effet, que *peau malade* [1]. C'est une affection complexe, caractérisée par : 1° un érythème légèrement squameux et borné aux parties les plus exposées à l'action des rayons solaires; 2° une phlegmasie chronique des voies digestives, dont l'indice le plus ordinaire est une diarrhée opiniâtre; 3° une lésion plus ou moins grave du système nerveux aboutissant parfois à l'aliénation mentale et à la paralysie. Ces manifestations morbides sont d'abord légères et comme périodiques; elles commencent ou se renouvellent au printemps, pour diminuer ou disparaître en hiver; puis, devenues persistantes et de plus en plus intenses, elles amènent une funeste terminaison.

La pellagre est donc une maladie générale, constitutionnelle ou diathésique, portant aux sources mêmes de la vie une atteinte profonde, mais marquant dès ses débuts l'enveloppe cutanée d'une empreinte tout à fait caractéristique.

Très-peu connue en France au commencement de ce siècle, la pellagre a depuis quelques années appelé l'attention des médecins. C'est dans le département de la Gironde que les premières observations ont été faites. Je dois, par ce motif, insister peut-être davantage sur ce sujet, généralement peu connu, et digne d'intérêt sous plusieurs rapports.

a. — Historique de la pellagre. — L'Italie septentrionale a été le théâtre des premières, des plus importantes et des plus nombreuses observations relatives à la pellagre. D'après Frapolli, Strambio, Albera, cette maladie existait en Lombardie dès le XVIe siècle. Ces auteurs citent une ordonnance réglant l'admission au grand hôpital de Milan, en 1578, d'individus affectés de *pellarella;* d'autres médecins (Fanzago, Zanetti, Gherardini, etc.) ont soutenu que ce nom s'appliquait plutôt à une forme de syphilis ou d'une maladie cutanée suivie de desquamation.

(1) *Pellis, ægra*, comme mentagre, pudendagre, chiragre, etc.

L'examen sérieux de ces opinions serait sans utilité. On sait que dès l'année 1740 la pellagre faisait de grands ravages dans le Frioul, dans le Crémasco, dans le Crémonais, et qu'en 1750 elle régnait à Sesto-Calende, près le Lac Majeur, où elle était observée par Ant. Terzaghi. Dès l'année 1755, Pujati la signala dans le district de Feltre. Ses caractères n'étaient pas encore parfaitement connus. Ce fut du grand hôpital de Milan que partit la première description exacte de cette maladie; elle fut tracée, en 1771, par Frapolli (1). Odoardi, disciple de Pujati, publia quatre ans après le résultat des observations qu'il avait faites dans les provinces de Feltre, de Bellune, du Frioul (2). Vers la même époque parurent celles que Zanetti avait recueillies près du Lac Majeur (3).

Le nombre des pellagreux semblait s'accroître à vue d'œil. Les recherches des médecins se multipliaient aussi. Les écrits de Gherardini (1780), d'Albera (1781), appelèrent de nouveau l'attention sur cette calamité publique. Le Pouvoir s'émut; l'empereur Joseph II ouvrit, en 1784, un hôpital à Legnano, l'un des foyers de l'endémie; cinquante pellagreux y étaient habituellement reçus et traités, sous la direction de Strambio, qui bientôt après publia le résultat de ses recherches (4). L'hospice de Legnano fut fermé au bout de quatre ans. Les pellagreux furent transférés dans le grand hôpital de Milan, où Strambio continua longtemps à les observer (5).

La Société patriotique de Milan avait proposé pour sujet d'un prix l'histoire et le traitement de la pellagre. Videmar obtint une récompense, mais n'éclaira que faiblement la question (6). Soler, de Trévise (1791), Sartago (1792), donnèrent aussi les résultats de leur expérience. Dalla Bona compara

(1) *Animadversiones in morbum vulgo pellagram*. Mediol., 1771.

(2) *D'una specie partic. di scorbuto*. Venez., 1776.

(3) *De morbo vulgo pellagra dissert.*, 1775. (*Nova acta nat. curios.* Norimb., 1778, t. VI, p. 118, Obs. XXIV.)

(4) *De pellagra observationes*. Mediol., 1786 et 1787.

(5) Titius, p. 130.

(6) *De quadam impetiginis specie, morbo apud nos in rusticis nunc frequentiori vulgo pellagra nuncupata*. Mediolani, 1790.

la pellagre au scorbut, comme l'avait fait Odoardi; mais il lui trouva plus d'analogie avec l'éléphantiasis des Grecs (Vérone, 1791).

Fanzago, qui avait vu la Pellagre à Milan et à Pavie, la retrouve à Padoue, où il venait d'être nommé professeur, et publie divers Mémoires sur cette maladie, dont il considère la nature comme tout à fait spéciale (1).

Les médecins italiens n'étaient pas seuls à étudier cette remarquable endémie. Elle le fut par le Hollandais Jansen, à l'hôpital de Legnano (2); par l'Allemand Titius, à Milan et à Pavie (3); par l'Anglais Holland, dans presque toute la Lombardie (4). Les médecins français Thouvenel (5) et Levacher de la Feuterie (6) considérèrent la pellagre sous ses divers rapports, et ajoutèrent quelques traits à son histoire. Plusieurs années après, M. Brierre de Boismont recueillit à Milan les matériaux d'un intéressant travail sur la pellagre et sur la folie pellagreuse (7).

Malgré tant d'études et tant d'efforts pour arrêter ce fléau, les populations de la Lombardie en subissaient l'influence toujours croissante. En 1830, sur une population d'un million et demi d'âmes, on comptait 20,282 pellagreux, répartis de la manière suivante : à Milan, 3,075; à Mantoue, 1,228; à Brescia, 6,939; à Bergame, 6,071; à Côme, 1,572; à Pavie, 573; à Crémone, 445; à Lodi, 377; à Sondrio, 2 (8).

(1) *Memor. sopra la pellagra*. Padova, 1789. — *Paralleli, etc.* Padova, 1792. — Autre publication, en 1804.

(2) *De pellagra morbo in Mediolanensi ducatu endemio*. Lug.-Bat., 1787. (J.-P. Frank; *Delectus opusculorum*, t. IX, p. 325.)

(3) *Oratio de pellagra morbi inter insubriæ austriacæ agricolas grassantis pathologia*. Viteberg, 1792.

(4) *On the pellagra a disease prevailing in Lombardy*, by Henri Holland, 1817. (*Medico-chirurg. Transact.*, t. VIII, p. 315.)

(5) *Traité du climat d'Italie*. (Roussel; *De la pellagre*, p. 16.)

(6) *Recherches sur la pellagre, affection cutanée endémique dans la Lombardie*. (*Mémoires de la Soc. méd. d'Émulat.*, 1806, t. VI, p. 168.) Il avait fait ses Observations en 1787.

(7) *Journ. complément. du Dictionn. des Sciences méd.*, 1831, t. XLI, p. 366; t. XLII, p. 355; t. XLIII, p. 52.

(8) Balardini; *Annali universali*. (*Gaz. méd.*, 1845, p. 602. — Cazenave; *Annales des maladies cutanées*, t. I, p. 345.)

La pellagre ne s'était pas bornée à cette partie de l'Italie; elle s'était répandue dans le Piémont, dans le Tyrol (1), dans le duché de Parme (2). Elle avait été vue en Toscane par Cipriani, près de Rome et de Bologne par Farini (3).

Le gouvernement autrichien avait, dès l'année 1820, réclamé le concours des hommes de l'art pour éclairer l'étiologie et le traitement de la pellagre. Une masse de documents fut renvoyée à l'examen des professeurs Hildenbrand et Chiappa. Ce dernier s'en occupa spécialement (4). Les Drs Cerri, médecin de l'hôpital de Carate (5), Liberali, médecin de celui de Trévise (6), Carraro (7), etc., publièrent leurs remarques. La doctrine de Broussais avait alors de chauds partisans en Italie, et la pellagre fut considérée comme une gastro-entérite ou une gastro-méningite.

Dans les divers Congrès scientifiques tenus en Italie, cette affection a été l'objet de la plus persévérante sollicitude. Les Mémoires des Drs Calderini, de Milan (8), Balardini, de Brescia (9), Paolini, de Bologne (10), témoignent de l'attention avec laquelle tous les faits ont été jusqu'à ces derniers temps recueillis, et de nouveau examinés et appréciés. Ce sont de précieux documents où les historiens de la pellagre trouvent largement à puiser.

L'Italie, qui était sans contredit la terre classique de la pellagre, n'en était cependant pas l'unique patrie. Depuis long-

(1) Stoffela; *Diss. de pellagra*. Vindeb., 1822. (J.-P. Frank; *Delectus opusculorum*, t. II, p. 119.)

(2) Tommasini; *Gaz. di Parma*, 1814.

(3) A l'hôpital de Florence, il y a eu, de 1821 à 1824, 6 à 12 cas par an; et de 1843 à 1846, on en a compté 140. (Session du Congrès des savants italiens tenu à Gènes en 1846. — *Gaz. méd.*, 1846, p. 982.)

(4) *Annali universali*. (*Gaz. méd.*, 1833, t. I, p. 340; — et *Transact. méd.*, t. XIII, p. 62.)

(5) *Biblioth. ital.*, sept. (*Bullet. des Sciences méd.* de Férussac, t. IV, p. 255.)

(6) *Annali universali*. (*Revue méd.*, 1828, t. II, p. 111.)

(7) Brierre de Boismont; *l. c.*, p. 367.

(8) *Annali universali, etc.* (*Journ. des Connaiss. méd.-chirurg.*, t. XIII, p. 367. — *Gaz. méd.*, 1846, p. 14.)

(9) *Annali universali*, 1845. (Cazenave; *Annales des maladies de la peau*, t. II, p. 315.)

(10) Cazenave; *Annales*, t. IV, p. 331.

temps, elle avait été observée en d'autres contrées de l'Europe.

Dans le siècle dernier, un illustre médecin de la province des Asturies, Gaspard Casal, avait étudié avec soin une maladie grave que l'on appelait le *mal de la rosa*. Il fit part de ses observations à Thiéry, médecin français, qui ne tarda pas à les publier (1). L'identité du mal de la rosa et de la pellagre fut judicieusement constatée par Thouvenel (2). Elle était évidente.

L'Italie et l'Espagne n'étaient pas affligées seules par cette cruelle maladie. La France lui payait aussi un fatal tribut; mais le mal était passé inaperçu, lorsqu'en 1829, Hameau, observateur habile, vint nous annoncer qu'une maladie fort remarquable par la singularité de sa marche et par sa funeste gravité, exerçait ses ravages aux environs de La Teste de Buch (arrondissement de Bordeaux) (3). Le tableau qu'il en traça fit reconnaître les principaux traits de la pellagre, et il nous fut bientôt donné de changer ce soupçon en certitude, lorsque plusieurs des malades nous furent présentés par le Dr Hameau. Je pus aussi, bientôt après, constater la présence de la pellagre dans une autre partie du département de la Gironde (4).

L'éveil avait été donné. Les médecins de La Teste de Buch, de l'arrondissement de Bazas et du département des Landes, rencontrèrent de nombreux exemples de pellagre au milieu des populations pauvres de ces contrées. Les observations de MM. Lalesque (5), Ardusset (de Bazas), Dubedout (de Lesperon), Beyris (de Linxe), Courbin (de Mios), etc., furent réunies par les soins du Conseil central de salubrité du dépar-

(1) *Recueil périodique d'Observations de Médecine*. (*Ancien Journal*, 1755, t. II, p. 337); — et *Observations de Physique et de Médecine faites en différents lieux de l'Espagne*. Paris, 1791, t. II, p. 137.

(2) *Traité du climat d'Italie*. (Roussel; *De la pellagre*, p. 16.)

(3) Cette Note fut insérée dans le *Journ. de Médecine pratique de la Soc. royale de Méd. de Bordeaux*, 1829, t. I, p. 310. — Un second Mémoire fut publié dans le t. II, p. 141.

(4) *Journ. de Médecine pratique de Bordeaux*, 2e série, 1836, p. 321.

(5) Un Mémoire fut adressé par M. Lalesque à l'Académie de Médecine de Paris. Un Rapport fut fait par MM. Maury et Rayer, 1837. (*Bulletin*, t. I, p. 440.)

tement de la Gironde, et insérées dans les Actes de l'Académie des Sciences de Bordeaux (1). Plusieurs médecins des Landes observaient aussi la pellagre : tels étaient surtout MM. Cazaban, d'Aurice (2), Lestelle, de Cauna (3), Lafargue (4), Charles Saint-Martin, d'Amon (5).

La Pellagre ne se montrait pas seulement sur le sol aride et sablonneux des Landes. Elle avait paru dans les Basses-Pyrénées, à Nay, à Saint-Pé, à Morlaas, à Saint-Abit, à Claracq, à Coaraze, etc. (6), et dans les Hautes-Pyrénées, spécialement à Labassère (7).

Elle s'est étendue dans le Midi, à trois autres départements. M. Roussilhe l'observait depuis longtemps dans les environs de Castelnaudary (Aude) (8); M. Calès, dans les cantons de Villefranche et de Caraman (Haute-Garonne) (9). Le Dr Junquet et M. le professeur Courty, ont constaté sa présence dans la vallée de Vernet-les-Bains (Pyrénées-Orientales) (10).

La pellagre avait donc fait irruption dans sept des départements du sud-ouest de la France. Elle s'est aussi montrée, mais simplement sporadique, à Paris (11). Toutefois, les exemples en ont été assez nombreux.

(1) *Documents pour servir à l'étude de la pellagre des landes.* (*Actes de l'Académie des Sciences, Belles-Lettres et Arts de Bordeaux,* 1846, p. 353 et 611 ; 1847, p. 1.)

(2) Roussel; *Revue méd.,* 1848, t. III, p. 325. — Cazaban fils, *sur la pellagre.* Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1848, nº 18.

(3) *Revue méd.,* 1848, t. III, p. 328.

(4) *Gaz. des Hôpit.,* 1847, p. 560.

(5) *Journal de Médecine de Bordeaux,* 1851, p. 61.

(6) Roussel; *Revue méd.,* 1848, t. III, p. 28. Cette maladie était appelée *pelagra* depuis longtemps dans les Basses-Pyrénées; les médecins la nommaient aussi *dartre maligne* ou *lèpre.* (*Ibid.,* p. 35.)

(7) M. Verdoux vit à Labassère 39 cas de pellagre de 1817 à 1839, et 19 de 1840 à 1850. (Cazalas; *Recherches pour servir à l'histoire médicale de l'eau de Labassère.* Paris, 1851) — Cazenave; *Annales des maladies de la peau,* t. III, p. 334. — Voyez encore un Rapport de M. le Dr Duplan, *sur la pellagre des Hautes-Pyrénées.* Tarbes, 1858.

(8) *Journ. de Méd. de Bordeaux,* 1845, p. 257.

(9) Miquel; *Bullet. de Thérap.,* t. XXVIII, p. 365. — Roussel; *Revue méd.,* 1848, t. III, p. 18.

(10) *Gaz. méd.,* 1850, p. 524.

(11) La pellagre avait été montrée, à la clinique d'Alibert, sur un soldat venant d'Italie, en 1814 (Alibert; *Dermatoses,* p. 14), mais alors c'était une maladie exotique.

M. Théophile Roussel, qui avait vu la pellagre en Italie, la reconnaît à l'hôpital Saint-Louis en 1842 (1); il la retrouve en 1843 (2), et en donne en 1845 une excellente monographie (3). C'est dans les salles de M. Gibert que cette maladie avait fait à Paris sa première apparition (4). Elle a été encore vue à l'hôpital Saint-Louis par M. Devergie (5) et par M. Cazenave (6); à la Charité, par M. Rayer (7) et par M. Willemin (8); à l'hôpital Sainte-Marguerite, par M. Marotte (9); à la Pitié, par M. Becquerel (10); à l'hôpital Saint-Antoine, par M. Beau (11) et par M. Barth (12).

Vers les mêmes époques, elle se montrait isolée à Montluçon (Allier) (13), à Chierzac (Charente) (14), à Saint-Sulpice-les-Feuilles (Haute-Vienne) (15), et à Reims (16).

Dans plusieurs maisons d'aliénés on a observé la liaison de la pellagre et de la folie. M. Baillarger cite des faits de ce genre recueillis à l'hospice de l'Antiquaille de Lyon et à l'asile de Bourges (17). Des observations semblables ont été faites à

(1) *Revue méd.*, 1842, t. III, p. 5.

(2) *Ibid.*, 1843, t. II, p. 342.

(3) *De la pellagre*. Paris, 1845. M. Roussel a continué ses observations dans les divers départements. (*Revue méd.*, 1848, t. III, p. 1 et 321.) Il a reçu, en 1847, de l'Académie de Médecine, la mission d'aller étudier la pellagre en Espagne. (*Bullet. de l'Acad. de Méd.*, t. XII, p. 929.)

(4) *Bullet. de l'Acad. de Méd.*, t. XVIII, p. 1100.

(5) *Gaz. des Hôpit.*, 1843, p. 355; 1847, p. 325, 372, 376; 1848, p. 269, 280.— *Union méd.*, 1850, p. 403.

(6) Cazenave; *Annales des maladies de la peau*, t. III, p. 91 et 299; t. IV, p. 296.

(7) *Gaz. des Hôpit.*, 1845, p. 606. — *Journ. des Connaiss. méd.-chirurg.*, nov. 1845, p. 182. — M. Roussel élève des doutes sur la réalité de ce cas de pellagre. (*Gaz. des Hôpit.*, 1846, p. 44, 83 et 247.)

(8) *Archives*, 4e série, t. XIII, p. 342. La 4e Observation, p. 350, ne me paraît offrir qu'un cas douteux.

(9) *Actes de la Soc. méd. des Hôpit. de Paris*, 1er fascicule, p. 50; 2e, p. 50 et p. 54.

(10) *Union*, 1850, p. 409.

(11) *Gaz. des Hôpit.*, 1850, p. 434.

(12) *Bullet. de la Soc. anat.*, 1851, p. 349.

(13) Bragière de Lamothe; *Gaz. des Hôpit.*, 1844, p. 315.

(14) Bertet; *Gaz. des Hôpit.*, 1848, p. 79.

(15) Alaboissette; *Union méd.*, 1851, p. 469.

(16) Landouzy; *Bullet. de l'Acad. de Méd.*, 1852, t. XVII, p. 629, et p. 1027.

(17) *Mém. de l'Acad. de Méd.*, t. XIII, p. 707.

l'asile de Pau ([1]), dans les maisons de Blois et de Saint-Dizier ([2]) et du département de Maine-et-Loire ([3]).

Il paraîtrait que la pellagre n'avait pas été absolument inconnue en Westphalie, à Vienne et en d'autres contrées de l'Allemagne ([4]).

Enfin, un soldat français, après avoir passé sept ans en Afrique, où il était souvent employé aux travaux de la terre, offrait depuis trois ans des symptômes de pellagre, lorsqu'il fut admis, en septembre 1850, à l'hôpital Saint-André de Bordeaux ([5]).

Cet aperçu démontre que la pellagre n'est plus une maladie propre à certaines contrées, mais qu'elle peut naître dans les localités et même sous les climats les plus divers. Son étude acquiert de cette considération une nouvelle importance.

De 1839 à 1857, soixante-quinze malades atteints de pellagre ont été observés avec soin dans les salles de clinique interne de l'hôpital Saint-André; savoir :

1 en 1839	2 en 1848	7 en 1853
1 en 1841	3 en 1849	8 en 1854
1 en 1842	3 en 1850	20 en 1855
1 en 1844	5 en 1851	8 en 1856
2 en 1846	10 en 1852	1 en 1857

Quelques observations particulières feront connaître les principaux phénomènes de la maladie.

Ire OBSERVATION. — Pierre Chastenet, âgé de cinquante ans, du Teich, près La Teste, marié et ayant deux enfants bien portants, est pâtre. Il est petit et maigre; il paraît avoir eu un tempérament sanguin. Sa peau est brune, ses cheveux sont châtains.

Il se nourrit de pain de seigle, de lard, de cruchade (espèce de pâte)

([1]) Cazenave de Pau; *Union*, 1851, p. 343.

([2]) Mérier; *Gaz. des Hôpit.*, 1853, p. 80 et 84.

([3]) Billod; *Archives générales de Médecine*, 1858, 5e série, t. XI, p. 257.

([4]) Plouquet cite Brandis (*Species pellagræ in Westphalia*), Careno (*De morbo pellagra Vindobonæ observato*), Gmelin (*In Petisbens-Kaja morbus descriptæ pellagræ sat similis*). *Litteratura medica digesta*, t. III, p. 310.

([5]) Ce fait est rapporté à la page 10 de la thèse de M. Hameau fils, soutenue à Paris, le 15 juin 1853.

faite avec la farine de millet; il ne prend aucun aliment dans lequel entre la farine de maïs.

Depuis dix ans, dans le courant du mois d'avril, il sent de la chaleur, du prurit, de la cuisson à la face dorsale des mains et des poignets; en même temps, cette partie devient rouge. Au bout de deux mois, un travail d'exfoliation de l'épiderme commence et s'accomplit; vers la fin d'août, et pendant le mois de septembre, cette desquamation est opérée, et l'érythème disparaît à peu près complétement.

Cinq fois, pendant ce laps de temps, un état fébrile, caractérisé par une chaleur générale suivie de sueurs peu copieuses, s'est déclaré trois ou quatre jours après l'apparition de l'érythème.

Le malade avait eu, comme affections intercurrentes, des fièvres intermittentes et des colites répétées.

Au commencement du mois d'avril 1846, la rougeur érythémateuse, avec chaleur, prurit et sécheresse de la face dorsale des mains, s'était étendue depuis l'articulation radio-carpienne jusqu'à l'extrémité des dernières phalanges. Il n'y avait ni tuméfaction ni douleur. Jusqu'à la fin de juin, ces symptômes s'étaient accrus; l'épiderme était devenu rude; bientôt après, une desquamation lamelliforme avait commencé et s'était opérée pendant le mois de juillet.

Dans le mois de juin, il s'était formé, à la face dorsale de l'index droit, à l'extrémité inférieure de la seconde phalange, un abcès qui fournit une petite quantité de pus très-épais et sanguinolent. A l'ouverture de la plaie, un fragment de phalange se présenta; et le jour de l'entrée du malade à l'hôpital, l'extraction de ce fragment osseux fut pratiquée avec une grande facilité.

Voici l'état du malade le 30 juillet 1846 : maigreur, pâleur, intégrité des facultés intellectuelles; les mains sont sèches, comme atrophiées, rudes au toucher, ridées, fendillées, squameuses vers le poignet et sur les doigts; les voies digestives n'offrent aucune altération; la langue est peu rouge. Il y a une toux sèche, mais aucun phénomène morbide ne s'observe du côté du thorax; les battements du cœur sont normaux; le pouls ne donne que 56 pulsations, et il est faible. (Tisane pectorale, looch opiacé, lait, soupe, pain.) Du 31 juillet au 4 août, même état. (Augmentation de la quantité des aliments.) 4, quelques lamelles épidermiques s'exfolient; l'érythème prend une teinte uniforme et pâlit. 8, il a disparu presque entièrement, la toux a cessé. 17, le malade sort.

IIe Obs. — Jean Lescaret, âgé de trente-huit ans, de Muret (Landes), pâtre, offrant les apparences d'une assez bonne constitution, mais maigre et d'un tempérament sanguin, usait habituellement pour nourriture de pain de seigle, de sardines et de cruchade faite avec de la millade. Il ne mangeait que fort peu de farine de maïs. Au commen-

cement de l'été de 1847, la surface dorsale des deux mains devint érythémateuse. Au mois de mai 1848, après une exposition prolongée à l'action du soleil, les régions déjà malades offrirent une teinte rouge. La même coloration se manifesta autour du cou et sur les joues. Dans le mois d'août, il survint des coliques, de la diarrhée et des douleurs assez vives le long du rachis, principalement vers les lombes. Les membres inférieurs étaient très-faibles.

Ce malade, examiné le 4 novembre 1848, jour de son entrée à la clinique, ne présente plus sur la face dorsale des mains qu'une peau unie, luisante, sèche, et quelques écailles d'un blanc grisâtre légèrement imbriquées, ayant une certaine analogie avec celles de l'ichthyose. Il existe une fissure assez profonde et à bords squameux entre l'index et le médius. La face dorsale des pieds offre une teinte grisâtre et une certaine rudesse au toucher. Près des talons, la rougeur est vive, analogue à celle d'un vésicatoire récemment guéri. Le pourtour de cette sorte d'érythème est hérissé de croûtes épaisses. L'amaigrissement est très-prononcé; le pouls calme, peu développé; la langue rouge, lisse, sèche. Trois selles liquides par jour. Douleurs abdominales et rachidiennes.

Du 4 novembre au 20 du même mois, décoction blanche de Sydenham; chaque jour, bain avec addition de 100 grammes de sulfure de potasse; riz à l'eau; plus tard, nourriture substantielle. Sous l'influence de cette médication, la diarrhée diminue d'abord, et cesse ensuite complétement; les divers érythèmes disparaissent; les douleurs se dissipent; l'amélioration devient de plus en plus sensible, le malade prend des forces, et quitte l'hôpital dans un état très-satisfaisant.

IIIe Obs. — Marie Larcher, âgée de vingt-un ans, née à Alaux et domiciliée à Casteljaloux (Lot-et-Garonne), non mariée, travaille la terre. Sa constitution paraît bonne; elle est d'un tempérament sanguin; peau brune et cheveux noirs. Elle se nourrit de pain de seigle et de cruchade, et ne mange jamais de viande. Elle n'est point encore réglée.

Pendant l'hiver de 1848, elle a éprouvé des douleurs lombaires; mais les voies digestives n'ont offert aucun dérangement. Au printemps, l'érythème pellagreux s'est montré. Entrée à la clinique le 3 mai 1849, elle présente une teinte rougeâtre avec plaques brunes sur la région dorsale des mains, surtout près des articulations métacarpo-phalangiennes; la main gauche offre une coloration plus vive et plus uniforme; près du pouce de la main droite, on voit de petites croûtes grisâtres, distinctes, formant des saillies assez prononcées. Ces espèces d'écailles sont, les unes arrondies, les autres anguleuses, et adhèrent, par toute leur face interne, au tissu de la peau. Sur le front, de chaque côté des ailes du nez et sur les pommettes, s'aperçoivent des lamelles

assez analogues à celles qui viennent d'être indiquées; leur couleur est grisâtre, et elles sont en partie détachées. Quelques lamelles grisâtres sont disséminées sur le menton et le voisinage de la commissure droite des lèvres. A la partie inférieure et antérieure du cou, et sur le sternum, on trouve une plaque ovalaire, légèrement rosée au centre, circonscrite par des lames épidermiques grisâtres et épaisses. Le pouls est calme; il n'y a ni toux, ni céphalalgie, ni douleur à l'épigastre, ni diarrhée. La percussion et l'auscultation n'offrent rien de particulier. Les battements du cœur sont réguliers et sans bruit spécial.

Du 3 mai au 8 juin, la malade prend de la tisane de douce-amère, et de saponaire, chaque jour un bain sulfureux, et une alimentation suffisamment réparatrice. Toutes les squames s'enlèvent successivement; la rougeur disparaît, et la guérison s'effectue d'une manière complète.

IVe Obs. — Pierre Blanc, de Lacanau (Gironde), âgé de vingt-trois ans, pâtre, d'un tempérament sanguin, d'une constitution assez forte, régulièrement conformé, a perdu son père de la pellagre. Sa mère est atteinte depuis dix ans de la même maladie. Depuis deux ans, il a eu l'érythème pellagreux pendant l'été, et l'an dernier, il éprouva, pendant un mois, un dérangement mental très-prononcé. Au printemps, nouvelle apparition de l'érythème, et à l'époque où son décroissement a lieu, c'est-à-dire vers la fin de l'été, un trouble sérieux de l'intellect se fait remarquer; il cesse pendant un mois, et reparaît au bout de ce temps. Le malade est conduit à l'hôpital le 23 novembre 1849; il offre l'état suivant : teinte pâle, jaunâtre, de la face, pommettes saillantes, joues creuses, regard fixe, un peu égaré. Point de réponse aux questions. Insensibilité apparente; cependant, la pression sur l'épigastre semble exciter un peu de douleur. De temps à autre, sorte d'exaltation cérébrale, agitation, mouvements désordonnés, et menace de frapper les personnes qui s'approchent. Érythème pellagreux du dos des mains. Point de diarrhée; pouls, 64. (Sinapismes aux pieds, vésicatoires aux jambes, emplâtre diachylon avec tartre stibié (0,60) à la nuque; infusion de valériane, 60gr,0; laitage.) 25, le malade s'est levé en délire plusieurs fois pendant la nuit. (Lavement avec assa-fœtida et camphre, infusion de valériane, bain.) 28 et 29, amélioration notable, moins de surexcitation nerveuse. Du 30 novembre au 3 décembre, bain avec sulfure de potasse, 100 grammes. Le 4, pouls plein, fréquent; céphalalgie, douleur épigastrique. (Deux ventouses scarifiées à la nuque, eau de veau, lavement émollient.) Le soir, peau chaude, face colorée, céphalalgie frontale; pouls fréquent, développé; langue couverte d'un enduit blanchâtre Le 5, affaissement, pas de céphalalgie; pouls plein, vibrant, 76; face colorée, épigastre douloureux. (Deux ventouses scarifiées sur cette région.) Le 6 décembre, éruption d'une varioloïde qui se

termine le 18, après une marche bénigne. Cessation des phénomènes nerveux. Du 19 au 26, amélioration de plus en plus sensible, retour des forces. Exeat le 27.

Ve Obs. — Pierre Béron, âgé de trente-huit ans, terrassier, habite Le Porge, canton de Castelnau (Gironde). Il a perdu sa mère de la pellagre. D'une stature élevée, d'une constitution évidemment affaiblie, d'un tempérament lymphatico-sanguin, il se nourrit de pain de seigle, mange peu de viange, et ne boit que de l'eau; il a souvent eu des fièvres intermittentes. Depuis cinq années, à chaque printemps, apparaît sur la région dorsale des mains une rougeur, qui augmente pendant l'été et décroît en automne. Depuis deux ans, il est survenu des douleurs lombaires, à la suite desquelles les membres inférieurs sont devenus très-faibles. Cette faiblesse est surtout prononcée au voisinage des articulations; elle a rendu la marche difficile et vacillante. Depuis la même époque, vers le mois de mai, des coliques intenses se sont manifestées, et ont été accompagnées d'une diarrhée opiniâtre; il en était résulté un amaigrissement sensible.

Béron est admis à l'hôpital le 19 février 1850. Sa peau présente une teinte un peu jaunâtre, la face est extrêmement amaigrie, les yeux sont enfoncés; le pouls, petit, ne donne que 60 pulsations par minute. On remarque à la région dorsale des mains une rougeur érythémateuse, qui disparaît par la pression et reparaît immédiatement après. La peau y est très-sèche, luisante, recouverte de quelques écailles minces et comme nacrées; en certains endroits, l'épiderme est fendillé. La région lombaire est le siége de douleurs qui augmentent par la pression, par la marche et par les mouvements de flexion et d'extension du tronc. La faiblesse des membres inférieurs est très-grande. Ce malade éprouve des fourmillements à la plante des pieds; il assure que lorsqu'il a marché quelque temps, sa vue devient trouble; il éprouve des tournoiements de tête : la marche est alors incertaine, au lieu d'avancer il recule, et bientôt il tombe, sans toutefois perdre connaissance. Cet état se dissipe après quelques instants de repos. Du 21 février au 24 mars, décoction de lichen, tisane de douce-amère, bains sulfureux, nourriture animale.

Béron se trouvant beaucoup mieux, veut rentrer dans sa famille. Bientôt il retombe malade. Obligé de revenir à l'hôpital le 20 juin 1850, il offre les symptômes qui ont été indiqués plus haut; en outre, bouche amère et sèche, langue rouge et fendillée, inappétence, point de diarrhée, trouble de la vue, pupilles dilatées et peu contractiles, faiblesse des membres inférieurs, marche chancelante, érythème pellagreux très-prononcé sur la région dorsale des deux mains; épiderme sec, rugueux, épaissi, ridé, fendillé. Du 21 juin au 3 juillet, emploi quotidien des

bains sulfureux. Amélioration successive. Lorsque le malade sort, il marche solidement, les phénomènes nerveux sont dissipés.

VI[e] Obs. — Jean Gras, âgé de quarante-cinq ans, né et domicilié à Saint-Hilaire (Gironde), pâtre, d'une stature assez élevée, d'un tempérament lymphatique, se nourrissant de pain de seigle, de cruchade, de porc salé, ne buvant pas de vin, commença, au printemps de l'année 1847, à ressentir des coliques assez fortes, sans diarrhée ni vomissements; il avait la bouche amère et sèche. Quinze jours après, apparurent sur la région dorsale des mains et des pieds, et à la face, des plaques rouges ne donnant lieu à aucun suintement. Elles augmentèrent pendant l'été, diminuèrent en automne et disparurent en hiver. En outre, il survint dès le début de la maladie une grande faiblesse des membres inférieurs. Les douleurs abdominales étaient rendues plus vives par la pression, et de temps à autre la diarrhée se manifestait. Cet ensemble de symptômes présentait, avec les modifications imprimées par le cours des saisons, une marche assez régulière chaque année jusqu'en 1851. Dès les premiers jours du printemps, l'érythème des mains avait reparu. Une céphalalgie constante, le trouble de la vue, une débilité très-grande des membres, dénotaient un accroissement d'intensité de la maladie.

Jean Gras entre à l'hôpital le 15 juin 1851. Voici son état : maigreur considérable, perte générale des forces, chaleur peu élevée de la peau; pouls petit et faible, sans fréquence; rougeur très-prononcée, avec aspect lisse et luisant et sécheresse de la région dorsale des mains jusque au-dessus de l'articulation des poignets. Dans quelques points se voient des petites écailles d'un blanc grisâtre ou jaunâtre. Une rougeur analogue à celle des mains s'observe au dos du nez; on voit quelques écailles sur les ailes du nez et sur le menton. Abdomen douloureux à la pression dans presque toute son étendue, bouche amère et sèche, langue rouge, soif ardente, inappétence, constipation. Membres inférieurs faibles et amaigris, marche chancelante, s'opérant avec un écartement considérable des jambes; pression non douloureuse le long des apophyses épineuses et des gouttières vertébrales. Céphalalgie permanente accompagnée de trouble de la vue, mais intégrité de l'intellect.

Ce malade a été soumis, depuis le 16 juin jusqu'au 20 juillet, à l'usage de boissons amères et de bains rendus sulfureux par l'addition de 100 grammes de sulfure de potasse. Les forces ont augmenté graduellement, la station et la marche sont devenues beaucoup plus solides, la nutrition s'est heureusement modifiée, les douleurs du ventre ont disparu, les écailles des mains sont tombées, l'érythème s'est à peu près effacé, le malade a quitté l'hôpital dans un état très-satisfaisant.

VIIe Obs. — Pierre Dartillau, âgé de vingt-un ans, né et domicilié à Saint-Symphorien (Gironde), a été longtemps berger. Depuis cinq ans, il exerce le métier de bûcheron dans les forêts de pins. D'un tempérament lymphatico-sanguin, il se nourrit surtout de cruchade de maïs et de viande de porc; il a été sujet à des fièvres intermittentes. En 1852, il eut pendant l'été, sur la région dorsale des mains, un érythème suivi de desquamation. L'hiver suivant, il se crut guéri; mais les mêmes symptômes se reproduisirent l'année d'après. Pendant l'été de 1854, le nez et les lèvres devinrent très-rouges, ainsi que les parties latérales du cou. La diarrhée s'était en même temps manifestée.

Entré à l'hôpital le 18 avril 1855, on observe : chaleur normale de la peau; pouls, 68. Sur les côtés du nez et les lèvres, rougeur surmontée d'écailles jaunâtres. On distingue des espèces de papules dures et peu nombreuses sur la partie latérale du cou et jusqu'à la nuque; des squames blanchâtres existent sur la région dorsale des mains. Langue naturelle, appétit assez bon, selles naturelles, pas de phénomènes thoraciques. Le malade a pris pendant le mois de juin des bains sulfureux; il est sorti guéri.

VIIIe Obs. — Isabelle Lescouzère, âgée de cinquante-huit ans, de Landiras (Gironde), mariée, a eu trois enfants qui sont bien portants; elle est d'une constitution faible et d'un tempérament sanguin; elle se nourrit de soupe, de pain, de cruchade faite avec du maïs et plus ordinairement avec du millet; elle a cessé d'être menstruée depuis huit ans. Pendant l'été de 1851, après avoir fait un grand usage de farine de maïs, elle commença à ressentir l'érythème caractéristique de la pellagre, lequel se dissipa l'hiver, mais reparut l'été suivant, et cessa de se montrer pendant deux années. Dans cette dernière période, la malade ne mangeait que très-peu de maïs. Dès les premiers jours d'avril 1855, l'érythème se montra sur la région postérieure des mains, sur le dos du nez, sur les paupières inférieures et autour des malléoles. La peau, qui offrait une rougeur blafarde sur ses diverses régions, se couvrit bientôt de squames minces. La diarrhée se manifesta.

Admise à l'hôpital le 19 juin 1855, la malade est sans fièvre. On ne compte que 72 pulsations par minute; la chaleur de la peau est normale. La rougeur qui recouvre la face dorsale des mains s'étend au-dessus du poignet jusqu'à la face palmaire de l'avant-bras, en y formant une sorte d'anneau plus complet du côté droit que du gauche. L'épiderme, desséché, tombe par écailles; la peau est fine, lisse et luisante; le nez et les paupières inférieures ont une rougeur analogue à celles des mains. Le cou présente un peu de rougeur, mais pas de desquamation. La langue est naturelle, l'appétit conservé, la muqueuse de l'intérieur de la bouche est douloureuse, l'épithélium paraît détaché en certains

endroits, où se trouvent des plaques rouges. Le ventre est souple et indolent; la diarrhée a cessé. Aucun phénomène morbide du côté du thorax; les battements du cœur sont clairs et sans bruit particulier; l'amaigrissement est général.

Le traitement a consisté surtout en l'usage des bains sulfureux. Les symptômes se sont améliorés, la rougeur des mains a disparu, les autres érythèmes se sont flétris, et la malade a pu quitter l'hôpital au mois de juillet.

IXe OBS. — Marie Miramon, âgée de dix-neuf ans, demeurant à Escource (Landes), où elle travaille la terre, d'un tempérament sanguin, se nourrit habituellement de cruchade de maïs. Sa mère a été affectée de pellagre; elle n'est pas menstruée depuis trois mois; elle a été atteinte de variole il y a huit ans.

Pendant l'été de 1855, elle eut sur le dos des mains un érythème qui cessa pendant l'hiver et revint au commencement du printemps suivant. Le même état phlegmasique se manifesta en outre à la partie supérieure du cou et au niveau des malléoles. Dès les premiers jours de juin, il s'opéra sur ces diverses parties une véritable desquamation, en même temps que la diarrhée survint.

La malade entre à la clinique le 5 juillet 1855. La face est injectée; il n'y a pas de céphalalgie; le pouls est développé, non fréquent; le ventre n'est pas douloureux, les selles sont liquides et réitérées, la langue est normale et l'appétit conservé. Il n'y a ni toux ni expectoration, la respiration s'entend bien dans toute l'étendue de la poitrine. La face dorsale des mains, depuis les limites de l'avant-bras jusqu'à l'extrémité des doigts, présente une rougeur assez vive, un aspect luisant; elle est recouverte, en certains points, de parcelles d'épiderme qui se détachent irrégulièrement. Un état presque analogue, mais moins marqué, s'observe sur les éminences thénar et hypothénar, et jusqu'à la pulpe des doigts. Sur les indicateurs se voient des crevasses profondes, autour desquelles l'épiderme est brunâtre et épais. Au cou, les plaques érythémateuses sont couvertes d'une desquamation furfuracée. Aux pieds, il ne se trouve que peu de traces de pellagre. Pendant tout le mois de juillet, la malade a été traitée par le diascordium, la tisane de riz, des bains sulfureux, une alimentation convenable; la diarrhée a cessé, les parties affectées ont perdu leur teinte érythémateuse et leur aspect squameux. La malade est sortie guérie le 1er août.

Xe OBS. — Marthe Labbé, âgée de quarante-cinq ans, domiciliée près Grignols (Gironde), veuve, est d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une constitution affaiblie. Son régime se compose principalement de pain fait avec du seigle, et ce seigle contient habituellement une grande

quantité d'ergot. Elle ne se nourrit que fort rarement de cruchade; elle ne prend presque jamais de vin ni de viande; elle travaille une partie de la journée dans les champs, exposée au soleil et aux intempéries des saisons.

Dans le courant de l'été, cette femme éprouva quelques douleurs le long du rachis, une céphalalgie intense, des vertiges; elle devint mélancolique, languissante. Ses jambes s'affaiblissaient et vacillaient. Pendant l'hiver, ces divers phénomènes restèrent stationnaires. En avril 1856, une rougeur se manifesta sur les côtés du cou et sur la face dorsale des mains; elle s'accompagna de chaleur et de démangeaison, puis l'épiderme se fendilla, se détacha sous forme de poudre furfuracée grisâtre, en quelques points d'écailles plus larges et jaunâtres. Après cette desquamation, la peau était rougeâtre et luisante; on eût dit la surface d'une brûlure ou d'un vésicatoire. En même temps, la malade ressentait dans l'intérieur de la bouche une forte cuisson et de la sécheresse. Quelques excoriations se montraient sur les lèvres, la langue, la muqueuse buccale, et rendaient ainsi la déglutition difficile. Les digestions étaient laborieuses; il y avait alternativement diarrhée et constipation. L'hiver suivant, il y eut suspension dans l'évolution des périodes de la maladie; les phénomènes cutanés semblaient guéris. Quant à ceux qui avaient pour point de départ le système nerveux et les organes digestifs, ils étaient améliorés. Le printemps de 1857 ramena tous ces accidents. Les lésions du système nerveux et des voies digestives se montrèrent avec un certain degré de gravité. La malade se rendit à la clinique, le 12 mars 1857.

La face dorsale de chaque main présente, limitée en haut par l'articulation radio-carpienne, en bas par les articulations métacarpo-phalangiennes, une surface à peu près quadrilatère, lisse, rouge, sèche, circonscrite par des écailles grisâtres. Sur les côtés du cou, l'épiderme se soulève sous forme de lamelles d'un blanc sale. La muqueuse buccale offre une rougeur générale, les gencives sont fongueuses, des gerçures existent sur la langue, qui est fendillée. La malade éprouve une vive chaleur dans le pharynx et le long de l'œsophage. Il existe une soif intense, des douleurs à l'épigastre, des nausées, quelques vomissements de matière bilieuse verdâtre, une constipation opiniâtre qui a succédé à de la diarrhée. Les troubles nerveux sont très-intenses : céphalalgie violente, vertiges, insomnie presque absolue, douleurs continuelles le long du rachis; membres inférieurs faibles, vacillants; marche mal assurée; station prolongée souvent impossible; en un mot, l'action musculaire est considérablement diminuée. Les sens tendent à s'émousser, la sensibilité générale est affaiblie, les facultés intellectuelles sont dans la torpeur. Parfois il se manifeste un peu de délire. Le pouls est assez calme. Le sulfate de magnésie, à la dose de 15 grammes, est donné à

deux reprises. Les nausées disparaissent, ainsi que les vomissements; les fonctions digestives s'exécutent avec plus de régularité, mais les accidents nerveux ne se dissipent nullement; l'aspect de la face dorsale des mains et du cou n'est pas modifié. Bains avec sulfure de potasse, 100 grammes; infusion de quinquina, deux tasses; alimentation tonique. Ces moyens sont employés pendant le mois d'avril. Dès le huitième bain, la douleur du rachis a cessé, la marche est devenue moins pénible. Du huitième au vingtième, l'amendement des symptômes est encore plus prononcé, les facultés intellectuelles reprennent un certain degré d'activité, les forces physiques sont plus considérables, l'embonpoint augmente chaque jour, la marche peut s'exécuter sans fatigue, les squames des mains ne se reproduisent plus, et laissent à leur place une surface uniforme, lisse et légèrement rougeâtre. Le 30, la malade ayant obtenu une amélioration manifeste dans son état, veut rentrer dans sa famille.

6. — Causes de la pellagre. — I. *Hérédité.* — L'influence héréditaire est admise par la plupart des médecins italiens; c'est l'un des faits les mieux établis. Calderini l'a constaté à l'hôpital de Milan en 1843. Sur 352 cas, 184 (95 hommes et 89 femmes), c'est-à-dire un peu plus de la moitié, offraient des preuves d'hérédité ([1]). M. Brierre de Boismont a trouvé dans le même hôpital et en même temps, le père, la mère, les enfants, et quelquefois le grand-père, atteints de pellagre ([2]). Le même observateur a vu un sujet qui, par sa profession de boulanger et par son genre de vie, aurait dû être à l'abri des atteintes de cette maladie, et qui cependant ne put s'y soustraire; il était né de parents pellagreux ([3]).

Rien n'est plus propre à démontrer cette influence, que l'apparition de la pellagre chez les très-jeunes enfants. Ce fait a été mis hors de doute par les observations de Sacco, qui, en sa qualité de directeur de l'établissement de vaccination dans le Milanais, avait d'excellentes occasions de le constater ([4]).

Cette influence devient incontestable lorsque les enfants ne sont pas soumis aux causes qui chez leurs parents auraient pu

([1]) Cazenave; *Annales*, t. I, p. 341.
([2]) *Journ. complément.*, t. XLIII, p. 61.
([3]) P. 372.
([4]) Holland; *Medico-chirurg. Transact.*, t. VIII, p. 326.

déterminer l'apparition de la maladie. Une fille, par exemple, issue de parents pellagreux, se marie, quitte le pays, change d'habitudes et de manière de vivre : elle n'en est pas moins exposée à présenter les symptômes de la pellagre (1).

Près de nous, cette influence a paru évidente un grand nombre de fois ; les premières observations de Hameau l'attestent (2). La plupart de celles de M. Cazaban fils le prouvent aussi (3). Quelques-unes des miennes, particulièrement les IVe, Ve, IXe, et d'autres, démontrent cette transmissibilité.

M. Calderini paraît avoir noté que la pellagre est plus spécialement transmise du père au fils et de la mère à la fille (4). La plupart des enfants des pellagreux sont faibles et mal constitués (5).

II. *Ages.* — La pellagre s'observe surtout chez les adultes; mais les jeunes gens et même les enfants n'en sont pas exempts. On ne conçoit guère les assertions opposées de M. Calderini et de M. Paolini, le premier assurant qu'un quart des pellagreux l'est depuis l'enfance (6), et le second affirmant que tous les âges, excepté l'enfance, sont exposés à la pellagre (7). Selon M. Calès, les adultes seuls en sont affectés (8).

Mais Zecchinelli a vu même des enfants naissants ou à la mamelle en présenter les premiers symptômes (9). Les malades des VIe et XXXIIe observations de Levacher de la Feuterie avaient des enfants âgés, l'un de quatre, l'autre de cinq ans, déjà atteints de pellagre (10). M. Brierre de Boismont a vu à Milan un enfant de six ans depuis longtemps pellagreux ; un autre, âgé de sept ans, était malade depuis deux années (11).

(1) Calderini ; *Annali universali, etc.* (*Gaz. méd.*, 1848, p. 89.)
(2) *Journ. de Méd. pratiq. de Bordeaux*, 1829, t. II, p. 145, 146, 159, etc.
(3) Voyez les Observations 2 et 3, 4 et 5, 8, 9 et 10 de sa thèse.
(4) Cazenave ; *Annales*, t. I, p. 342.
(5) Roussel, p. 231.
(6) Cazenave ; *Annales*, t. I, p. 341.
(7) *Ibid.*, t. IV, p. 335.
(8) Roussel, p. 227.
(9) *Ibid.*, p. 226, 227.
(10) P. 243 et 267.
(11) P. 389.

Voici les résumés statistiques de Strambio et de Calderini [1]. Le premier a compté :

De 1 à 25 ans....................	15 malades.
De 25 à 35......................	29 —
De 36 à 60......................	67 —
De 61 à 80......................	5 —
	126 malades.

Le second a trouvé :

Au-dessous de 5 ans	85 individus.
De 5 à 12 ans	15 —
De 12 à 20.....................	20 —
De 20 à 35.....................	120 —
De 35 à 45.....................	59 —
De 45 à 60.....................	55 —
	352 individus.

Parmi les 75 malades dont j'ai recueilli les observations,

6	avaient	de 11	à	20	ans.
8	—	de 21	à	30	—
19	—	de 31	à	40	—
20	—	de 41	à	50	—
16	—	de 51	à	60	—
5	—	de 61	à	70	—
1	avait.....	75	ans.		

Un des malades de M. Willemin était âgé de soixante-dix-neuf ans [2].

Ainsi, la pellagre est rare dans la vieillesse; elle s'observe assez souvent dans le jeune âge; elle est surtout fréquente de trente à soixante ans.

III. *Sexe.* — Tous les observateurs italiens s'accordent à regarder les femmes comme plus exposées que les hommes à contracter la pellagre [3]. D'après Stofella, ce sont surtout les femmes abondamment menstruées, les femmes enceintes, les nourrices, qui y sont le plus sujettes [4]. Albera a vu sur 100

(1) Roussel, p. 224.

(2) 2e Observation, p. 345.

(3) Levacher, p. 179. — Brierre de Boismont, t. XLIII, p. 66.

(4) P. 141.

pellagreux 88 femmes [1]. Au rapport de Calderini, sur 352 malades qui furent soignés pendant l'été de l'année 1843 à l'hôpital de Milan, il y eut 162 hommes et 190 femmes [2]; et pendant les années 1844, 1845 et 1846, sur 1,005 pellagreux traités dans le même établissement, on compta 449 hommes et 556 femmes [3]. La plupart des auteurs font remarquer que les femmes dans cette contrée s'occupent surtout des travaux des champs, et subissent ainsi l'influence des plus fâcheuses vicissitudes.

Il n'en est pas de même en France. Cependant, la pellagre y est encore très-commune chez les femmes. Dans les observations de Hameau [4], de M. Beyris [5], de M. Roussilhe [6], de M. Cazaban [7], le nombre des femmes domine. Dans quelques autres localités, l'inverse a eu lieu, par exemple à Cauna [8].

Parmi les pellagreux qui ont été admis à la clinique interne, nous avons compté 52 hommes et 23 femmes. Mais il faut savoir que les femmes des campagnes répugnent plus que les hommes à soigner leur santé et à venir à l'hôpital. On ne peut donc pas s'en rapporter à la proportion que nous avons constatée.

IV. *Tempérament, constitution.* — Il est quelquefois assez difficile de juger quel a dû être le tempérament des individus dont l'organisme a subi des modifications considérables sous l'influence d'un état morbide déjà ancien. Cependant, le tempérament de nos pellagreux paraît avoir été primitivement lymphatique chez 11 malades, sanguin chez 27, et lymphatico-sanguin chez 16.

Il était à peu près impossible de juger du degré de suscep-

(1) Roussel, p. 223.
(2) *Annali universali, etc.* (Cazenave; *Annales*, t. I, p. 340.)
(3) *Annali universali.* (*Gaz. méd.*, 1848, p. 88.)
(4) *Journ. de Méd. pratiq.*, t. II, p. 145.
(5) 9 femmes, 3 hommes. (*Documents*, p. 612.)
(6) 10 hommes, 11 femmes, en 1844. (*Journ. de Méd. de Bordeaux*, 1845, p. 264.)
(7) Roussel; *Revue méd.*, 1848, t. III, p. 326.
(8) *Ibid.*, p. 329.

tibilité nerveuse chez ces individus, qui très-souvent offraient une lésion grave des organes de l'innervation.

La constitution a paru encore assez forte chez 19 malades, naturellement faible chez 14, et plus ou moins affaiblie chez 30.

V. *Localités.* — Pour juger du degré d'influence des localités, de leur exposition, de la nature du sol, de l'état de l'atmosphère, etc., il convient de jeter un coup d'œil sur les diverses contrées où la pellagre s'est montrée avec le plus d'intensité et de fréquence.

Thiéry représente les Asturies comme coupées par des montagnes assez hautes et des vallées profondes et sombres. L'air y est d'une excessive humidité. Les végétaux y croissent avec vigueur, mais leur texture a peu de fermeté. Les hommes y sont sujets aux affections vermineuses, au scorbut, à la gale, à diverses maladies chroniques de la peau et à des maux nerveux plus ou moins graves. Quand Thiéry visitait les Asturies, au milieu du siècle dernier, on y comptait encore vingt Léproseries. Cet observateur remarque aussi que toutes les parties de la province n'étaient pas également infectées du *mal de la rosa,* et que celles qui l'étaient le moins n'étaient pas les plus salubres ([1]).

Dans la haute Italie, la pellagre s'étend entre les Alpes et le Pô. C'est une vaste plaine parcourue par de nombreux cours d'eau. La partie qui fut la première compromise se trouve, dans le haut Milanais, entre le Lac Majeur et le Lac de Côme. La Vatteline, riche vallée du pays des Grisons, paraît avoir été préservée, tandis que les collines et les hauteurs moyennes, comme celles de la Brianza, les provinces de Côme et de Bergame, dont le terrain est crayeux ou sablonneux ([2]), se montrèrent beaucoup plus accessibles aux ravages de la pellagre. Les terrains argileux ou bas et très-arrosés y sont moins exposés, mais n'en sont pas exempts ([3]). Elle est assez rare dans la province de Bologne, exposée à une active ventila-

([1]) Observations faites en Espagne, t. II, p. 90, 126, 142.

([2]) Chiappa; *Gaz. méd.*, t. I, p. 340.

([3]) Roussel, p. 154. 156.

tion. Elle est plus fréquente sur le versant septentrional de l'Appennin ([1]). En Toscane, la pellagre existe à Mugello, au pied de l'Appennin, dans une contrée riche, saine, fertile et bien exposée, et dans la Romagne, moins favorisée, plus élevée et plus froide; mais elle est peu intense dans la première, et plus grave dans la seconde ([2]).

Nos landes forment un pays plat, sablonneux, parsemé de lagunes, de marais et d'étangs. Sous la surface du sol se trouve une couche compacte composée d'argile, de fer et de sable. Cette terre n'est favorable qu'à la végétation du pin. On a essayé la culture du riz; quelques graminées y donnent leurs produits. Cette constitution géologique s'étend le long de l'Océan, depuis le Médoc jusqu'à la rive droite de l'Adour. Lorsqu'on parcourt ces contrées, même en chemin de fer, on est bientôt couvert d'une poussière fine et noirâtre. Au milieu de l'été, la chaleur est sèche et brûlante; pendant les trois quarts de l'année, le sable est imprégné d'une grande quantité d'eau, très-lente à s'écouler. Quand la pellagre commence à se développer, le sol est encore extrêmement humide; n'est-ce pas d'ailleurs en hiver que se prépare une maladie dont l'invasion se fait au printemps ?

Mais dans notre voisinage, elle n'est pas limitée aux pays pauvres et malsains; elle a été observée dans la Chalosse ([3]), dans le Lauraguais, qui sont salubres et riches, et dans les Pyrénées, où se trouve la plus grande variété d'exposition et de température.

Voilà donc la pellagre se montrant au sein des montagnes, sur les coteaux et dans les plaines, sur des terrains fertiles et dans des pays sablonneux et arides.

Elle n'existe pas seulement dans les campagnes; elle paraît aussi dans les villes. Parmi les malades observés dans les hôpitaux de Paris, plusieurs provenaient de cette ville même; et parmi ceux que j'ai vus à l'hôpital, quelques-uns étaient

([1]) Paolini. (Cazenave; *Annales*, t. IV, p. 331.)

([2]) Congrès des savants italiens tenu à Gènes en 1846. (*Gaz. méd.*, 1846, p. 982.)

([3]) Thèse de Hameau fils, p. 46.

de Bordeaux, comme le prouve le tableau suivant des localités qui ont fourni les malades traités à la clinique interne.

1° 56 individus appartenaient au département de la Gironde. Il en était venu :

De Bordeaux		6
Des cantons de Castelnau (Leporge, Lacanau).		15
—	de Saint-Laurent	2
—	de La Teste (Teich)	2
—	d'Audenge (Arès)	2
—	de Belin	8
—	de Pessac	1
—	de Podensac (Landiras)	2
—	de Bazas (Saint-Izan)	4
—	de Villandraut	2
—	de Saint-Symphorien	7
—	de Captieux	5
		54

Il faut remarquer que ces 54 individus venaient de la partie du département qui est placée entre la rive gauche de la Garonne et l'Océan.

Il n'en est arrivé que deux du côté est du département limité par la rive droite de la Garonne : l'un était de Camblanes (canton de Créon), et l'autre de Peujard (canton de Saint-André-de-Cubzac) (1).

2° 16 pellagreux étaient de diverses communes du département des Landes (Muret, Sainte-Eulalie-en-Born, Parentis, Labouheyre, Morcenx, Pontens, Pissos, Mizos, Sores, Escousse, Biscarosse, Dax et Mont-de-Marsan).

3° 2 venaient du Lot-et-Garonne (Casteljaloux et Aillous).

4° 1 de la Charente (Chalais).

(1) C'est une circonstance intéressante que la différence des terrains correspondant à des tendances pathologiques diverses sur les rives opposées d'un fleuve ou même d'un simple cours d'eau. Dans l'arrondissement de Bazas, le Ciron établit une limite entre deux contrées fort différentes. (Ardusset; *Documents*, p. 651.) — L'arrondissement de Saint-Sever est également divisé, par l'Adour, en deux parties qui ne se ressemblent ni pour l'aspect général du sol, ni pour sa nature, ni pour ses productions, ni pour la constitution et la santé de ses habitants. (Cazaban ; thèse, p. 17.) — J'ai montré la différence des deux parties du département de la Gironde, séparées par la Garonne, relativement à la production des fièvres intermittentes et de la phthisie pulmonaire. (*Journ. de Méd. de Bordeaux*, 1843, p. 483 ; — et *Gaz. méd.*, t. XI, 1843, p. 489.)

Comme il est facile d'en juger par cette récapitulation, la pellagre est répandue sur une très-large surface dans les départements de la Gironde et des Landes; mais elle appartient d'une manière plus spéciale aux terrains sablonneux et peu fertiles, parsemés d'eaux stagnantes, par conséquent aux contrées qui sont les plus favorables au développement des fièvres intermittentes, des maladies hyposthéniques, des cachexies.

On peut conclure de ces divers aperçus et de ceux que l'histoire a fait connaître, que la pellagre n'appartient pas exclusivement à un genre de localité déterminé; qu'elle peut se montrer à l'état sporadique dans une grande variété de pays; que cependant il en est, où par le nombre des individus qu'elle atteint, elle est réellement endémique, et qu'alors elle se rencontre avec des conditions diverses de constitution géologique, d'exposition, de ventilation, de température, d'état hygrométrique de l'atmosphère, etc.; que cependant on peut admettre d'une manière générale que les pays les plus favorables au développement de la pellagre sont ceux où l'humidité prédomine.

VI. *Chaleur solaire.* — C'est au printemps, et dès les premières chaleurs, que la pellagre se montre ou renouvelle ses progrès. L'élévation de la température serait donc l'un des agents provocateurs de cette maladie.

L'action des rayons solaires tombant directement sur les parties du corps non couvertes, devient très-évidente lorsqu'on voit l'érythème n'apparaître que sur ces parties, et la pellagre se manifester principalement chez les individus que leur profession ou leur genre de vie expose à la double influence de l'air extérieur et de l'action du soleil.

Il n'est, d'après cela, nullement étrange que Frapolli, l'un des premiers observateurs attentifs de la pellagre, ait attribué la production de cette maladie à l'effet des rayons solaires sur la peau [1], et que cette affection ait été désignée en Italie par le peuple sous le nom de *mal del sole* [2].

(1) *Animadversiones in morb. vulg. pellagram*, p. 14.

(2) Jansen, p. 329.

On dit que Gherardini fit naître l'exanthème à volonté sur telle ou telle partie, en l'exposant à l'action de la lumière du soleil, et en tenant les autres constamment recouvertes.

Mais on peut objecter que tous les individus qui travaillent au soleil ne contractent pas la pellagre [1]; que cette maladie ne se développe pas en raison de l'intensité de la lumière, puisqu'elle est inconnue sous les tropiques; qu'elle apparaît au printemps, quand le soleil n'a pas encore toute sa force, et que souvent elle commence à décroître alors que cet astre lance ses rayons les plus directs et les plus brûlants.

Tous ces faits sont réels, et l'insolation ne peut être considérée comme l'unique cause de la pellagre. Il faut, pour la développer, le concours de plusieurs autres circonstances.

L'insolation ne se retrouve pas dans tous les cas. Calderini ayant fait d'exactes recherches pendant l'année 1843, constata que l'action des rayons du soleil put bien être regardée comme l'une des plus puissantes causes de la pellagre chez 128 hommes et 152 femmes, tandis qu'elle fut à peu près nulle dans 72 cas, c'est-à-dire pour le quart environ [2].

L'insolation n'est donc ni la cause essentielle, ni la cause unique de la pellagre. Strambio [3], Panceri, de Milan [4], ont vu des citadins en être affectés. Plusieurs des malades observés à Paris, à Reims, à Bordeaux, ne travaillaient point au soleil. Chez un des malades de M. Willemin, l'érythème se développa à la face, bien que celle-ci fût habituellement couverte; chez une des personnes observées par M. Courty, le pied en fut affecté, quoique constamment revêtu de bas [5]; mon fils a vu une récidive de pellagre en hiver [6]. Du reste, l'insolation ne pourrait donner que l'érythème, c'est-à-dire

(1) Titius, p. 137.
(2) Cazenave; *Annales*, t. I, p. 340.
(3) Titius, p. 158.
(4) Brierre, t. XLIII, p. 55.
(5) *Gaz. méd.*, 1850, p. 595.
(6) *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 1857, p. 357.

que l'expression locale, le simulacre de la pellagre, comme le démontre le fait suivant :

XI[e] Obs. — Dominica Jage, âgée de trente-deux ans, native de Saint-Palais, arrondissement de Mauléon (Basses-Pyrénées), habite Bordeaux depuis vingt ans. Elle est couturière. Sa constitution est bonne, son tempérament sanguin, sa face très-colorée; elle a les cheveux noirs; elle ne boit que très-peu de vin; elle n'a jamais eu d'affections cutanées. Il n'y a pas eu de pellagreux dans sa famille. A l'âge de seize ans, elle eut une fluxion de poitrine. La menstruation est parfaitement régulière.

Du 20 au 25 avril 1848, ayant fait à pied la route de Marmande à Bordeaux, par un temps très-beau et assez chaud, et portant quelques paquets sous ses bras ou dans ses mains, elle laissa ces dernières parties exposées pendant plusieurs heures à l'ardeur des rayons solaires.

Deux ou trois jours après son arrivée, cette fille éprouva un sentiment de chaleur à la région dorsale des mains. Un érythème s'y forma, l'épiderme se couvrit de petites gerçures; en même temps la face se parsema de taches légèrement saillantes, blanchâtres au centre, rouges à la circonférence; la tête devint douloureuse; il y eut des nausées, des vomissements bilieux. Néanmoins, l'appétit s'était maintenu.

Dominica entre à l'hôpital le 10 mai. La face dorsale des mains présente jusqu'au niveau des deuxièmes phalanges des doigts une rougeur érythémateuse, avec sécheresse, rudesse, quelques gerçures et des squames très-adhérentes. Il n'y a pas de prurit, mais un sentiment de brûlure. La face est très-colorée, parsemée de points blanchâtres, nombreux, entourés d'une sorte de large auréole d'un rouge très-vif; il y a de la céphalalgie, des vertiges, mais pas de trouble de la vue; les pupilles sont à l'état normal. La langue est rouge, humide, sans enduit; l'épigastre indolent; les selles sont naturelles; il n'y a pas de fièvre. (Saignée du pied, tisane, bouillon.) 11, mieux; coloration moindre de la face. (Bain, tisane, soupe, légumes, pain.) 12, 13, amélioration; 14, les règles paraissent; 16, elles ne coulent plus. Du 17 au 25, la desquamation s'opère, la couleur normale de la peau des mains se rétablit. (Bains, tisane de douce-amère.) 26, exeat.

Ici l'influence de l'insolation était incontestable. Ses effets immédiats ont été prompts à se produire. Ils avaient la plus grande analogie avec les manifestations locales ou extérieures de la pellagre. L'époque de l'année où cet accident avait lieu ajoutait un nouveau trait de ressemblance. Mais cette affection ne paraissait préparée par aucune circonstance antérieure; elle a eu une rapide issue, et n'a pas récidivé.

L'insolation seule ne détermine donc que des effets locaux et immédiats. La pellagre est, au contraire, le résultat de causes générales, probablement complexes et longtemps soutenues. C'est à la suite de cette influence que les rayons solaires peuvent développer sur divers points de la surface cutanée cet érythème caractéristique, si lent dans sa marche et si opiniâtre dans ses récidives.

VII. *Aliments et boissons.* — Une alimentation défectueuse a été depuis longtemps considérée comme l'agent le plus réel de la production de la pellagre. On remarqua en Italie que pendant les années 1819 et 1820, cette maladie avait subi une grande diminution, et ce changement fut attribué à l'abondance des céréales, au bas prix du pain et du vin, de 1817 à 1819 (1).

Le pain mal fermenté, mal cuit, âcre ou acide (2), le pain longtemps conservé et altéré (3), l'usage trop exclusif d'une nourriture végétale (4), l'abus du sel marin, du laitage, des crudités (5), ont été regardés comme pouvant produire la pellagre; mais on ne voit dans l'énoncé de ces causes rien de précis, rien de spécial.

Les médecins ont essayé de découvrir l'agent direct de la production de la pellagre, et c'est dans l'usage du maïs qu'ils ont cru le reconnaître.

Cette opinion fut émise d'abord par Cazal, l'habile observateur d'Oviedo, qui dénonçait le pain de maïs mal fermenté et mal cuit, et les bouillies faites avec la même farine et le lait, comme d'un usage très-nuisible (6). Dès la fin du siècle dernier, un sentiment analogue commençait à se répandre en Italie (7). Thouvenel l'adopta et le soutint en 1798 (8). A une

(1) Chiappa; *Annali univers.* (*Gaz. méd.*, t. I, p. 340.)
(2) Cerri; *Bullet. des Sciences méd.*, t. IV, p. 255. — *Gaz. méd.*, 1851, p. 536.
(3) Panceri fils. (Brierre, t. XLIII, p. 57.)
(4) Marzari. (Roussel, p. 167.)
(5) *Ibid.*, p. 161.
(6) Thiéry, p. 141.
(7) Titius, p. 148.
(8) Roussel, p. 162.

époque plus rapprochée de nous, Balardini, de Brescia, exposant les résultats de l'enquête qu'il avait activement poursuivie, soutint au Congrès scientifique de Milan, en 1845, la réalité de cette cause ([1]). M. Théophile Roussel l'adopta résolument, après s'être assuré que dans les campagnes du midi de la France le maïs forme la base de l'alimentation.

Voici les principaux motifs sur lesquels s'appuie l'opinion de ces médecins.

1° La culture en grand du maïs a toujours précédé l'introduction de la pellagre dans les pays où cette maladie s'est répandue ([2]).

2° Cette maladie a été d'autant plus intense et plus générale, que l'usage du maïs a été plus exclusif de toute autre nourriture. Il est des contrées, en effet, où la farine de maïs se représente deux ou trois fois par jour, sous des formes diverses, aux principaux repas, et où le lait des mères est remplacé peu de temps après la naissance par des bouillies de maïs ([3]).

3° Quand les années sont disetteuses, que le froment ou le seigle manquent, et que le maïs est employé à leur place, la pellagre est plus fréquente.

4° Dans la province de Brescia, les céréales et même le maïs manquèrent en 1816 et 1817; les pommes de terre suppléèrent à leur défaut; la pellagre disparut pendant ce temps ([4]).

5° Les enfants d'individus pellagreux ont pu être préservés de la maladie en évitant de manger du maïs ([5]).

6° Cerri n'employa, pour guérir dix pellagreux, en 1795, qu'un changement d'aliments, une bonne nourriture, de laquelle le maïs était exclu ([6]). Ces faits se sont plusieurs fois reproduits.

7° Quelquefois, on ne trouve comme cause de la pellagre

([1]) *Gaz. méd.*, t. XIII, p. 669.
([2]) Roussel, p. 189.
([3]) Holland, p. 336.
([4]) Zantedeschi. (Roussel, p. 189.)
([5]) Sabatti. (Roussel, p. 188.)
([6]) Roussel, p. 187.

aucune autre circonstance à laquelle cette affection puisse être rapportée, toutes les conditions hygiéniques étant d'ailleurs favorables ([1]). Tel est le cas d'un domestique de M. Roussilhe, qui avait une grande prédilection pour le gâteau de maïs ([2]).

8° L'usage de cette céréale a produit chez un chien, au rapport de Bonetti, un exanthème analogue à la pellagre ([3]). Il n'a pas eu des effets moins marqués sur les chevaux de la poste de Pau, lorsque pendant cinq ans on essaya de substituer le maïs à l'avoine. Plus de soixante chevaux atteints de vertiges et d'agitation spasmodique durent être abattus ([4]).

On peut donc admettre que le maïs récèle un principe délétère dont la puissance se développe par un emploi long et continu, et donne lieu à des effets parfaitement déterminés.

Mais comment concilier cette conclusion avec des faits d'un tout autre genre qui montrent le maïs absolument innocent au milieu de nombreuses populations qui l'ont adopté depuis longtemps pour nourriture, sinon exclusive, du moins principale?

Le maïs n'a fait naître la pellagre ni en Amérique, ni en Turquie, ni en Grèce, ni dans les provinces d'Espagne autres que les Asturies, ni dans diverses localités de l'Italie ([5]) et de la France (le Périgord, la Franche-Comté, etc.), où il concourt pour une très-large part à la consommation quotidienne. On a répondu : le maïs de bonne qualité ne nuit point, mais il devient dangereux quand il est altéré. Quelle est donc cette altération? Peut-on la comparer à l'ergot du seigle?

On sait que le maïs né dans des lieux humides, formé pendant des temps pluvieux, ou récolté avant son entière maturité, tend à s'altérer. Il se couvre d'une sorte de moisissure que les Italiens nomment *verderame* (ce mot signifie *vert-de-*

([1]) Roussel; *Revue méd.*, 1848, t. III, p. 36.

([2]) *Ibid.*, p. 9.

([3]) Balardini, *Gaz. méd.*, t. XIII, p. 602.

([4]) Roussel; *Revue méd.*, 1848, t. III, p. 43.

([5]) Dans le royaume de Naples, on use de maïs, et même de maïs altéré par le verderame, et la pellagre n'y paraît pas. En Lombardie, les individus venant du territoire de Trente et de Gênes, ne sont pas atteints de cette maladie, malgré l'usage habituel qu'ils font du maïs. (Rizzi; *Gazzeta med. di Milano* (*Gaz. méd.*, 1846, p. 50.)

gris). Ce n'est autre chose qu'un parasite fongoïde, le *sporisorium maïdis*. Le Dr Balardini, s'étayant du témoignage du baron Cesati, s'aidant des recherches chimiques de Grandoni, a tâché de faire connaître les propriétés caractéristiques de ce champignon (1). Il a aussi voulu prouver, par des expériences directes, ses effets toxiques. Les poulets qu'il en a nourris maigrissaient et perdaient leur appétit (2); ils guérissaient dès qu'on changeait leur alimentation. Il semble donc bien prouvé que si le maïs produit la pellagre, c'est par les altérations qu'il subit (3).

Cependant, la pellagre existe dans des pays où le maïs n'est point employé comme aliment habituel. M. Rizzi l'atteste pour diverses régions de l'Italie (4), et à nos portes nous en avons des preuves positives. Dans l'arrondissement de Bazas et dans une grande partie des Landes, le maïs ne croît qu'avec peine; on cultive à sa place le millet *(panicum miliaceum)* et la millade *(panicum italicum)*, dont on retire une farine qui sert à composer des bouillies ou des pâtes alimentaires plus ou moins épaisses, d'un usage habituel (5). Dans la vallée du Vernet, les pellagreux observés par M. Courty faisaient à peine usage de maïs (6). Parmi les individus que j'ai soignés à l'hôpital, mes questions relatives au régime habituel, ont amené des réponses exactes à l'égard de 55. Or, il y a eu 30 pellagreux pour lesquels le maïs était l'élément le plus important, 5 qui n'en consommaient qu'une petite quantité, et 19 qui certifiaient n'en avoir nullement fait usage. La plupart mangeaient habituellement du pain de seigle, des sardines, du lard, du porc salé; ils ne buvaient pas de vin; six, au con-

(1) Roussel, p. 197.

(2) *Ibid.*, p. 204.

(3) Un zélé défenseur de cette thèse, M. Costallat, de Bagnères de Bigorre, a fait, l'an dernier, des recherches nombreuses qui lui ont prouvé combien est commune l'altération du maïs conservé dans des locaux humides. Il m'a montré et laissé des échantillons de spores du parasite, appelé *ustilago carbo*.

(4) *Gaz. méd.*, 1850, p. 50.

(5) Ardusset; *Documents*, p. 685

(6) *Gaz. méd.*, 1850, p. 595.

traire, usaient d'un assez bon régime, mangeaient un peu de viande et buvaient du vin.

Parmi les malades qui avaient fait usage de maïs, deux n'en avaient consommé que dans l'année où la pellagre éclata ; un autre, qui s'en était nourri jusqu'à l'âge de vingt ans, n'eut la pellagre que vingt six ans après. Le maïs était donc étranger à l'invasion du mal. Il en était de même du malade de l'asile de Pau dont M. Cazenave a donné l'histoire : renfermé depuis sept ans, il y avait fort longtemps qu'il ne mangeait plus de maïs (1). Les malades de M. Gibert n'en avaient jamais fait usage (2), pas plus que ceux de MM. Devergie, Marrotte, Barth, Becquerel, Landouzy, etc. Une femme de Cavignac, dont j'ai publié l'observation, se nourrissait d'aliments ordinaires ; son régime était excitant (3). Le sujet de l'observation de M. Lafargue était un propriétaire aisé, usant d'une nourriture convenable, mangeant quelquefois du maïs, mais le plus souvent du froment (4). Parmi les malades de Hameau se trouvait une femme bien nourrie, ne travaillant pas à la terre et toujours proprement vêtue (5). Une des personnes visitées par M. Courty était aussi dans de bonnes conditions sous le rapport du régime.

Des faits plus anciens s'ajouteraient aisément à ceux qui viennent d'être relatés. Strambio soignait un ecclésiastique jouissant d'un bon revenu, se nourrissant bien, et néanmoins cruellement atteint de la pellagre (6). Borda voyait cette maladie chez deux individus très-aisés et fort adonnés à la chasse dans les marais et les rizières de la Lombardie (7).

Ainsi, la nourriture de maïs ne serait pas l'agent essentiel de la production de la pellagre.

Dans quelques contrées où la pellagre est endémique, on cultive peu de maïs, mais beaucoup de seigle, et c'est du pain

(1) *Union*, 1851, p. 412.
(2) *Bullet. de l'Acad. de Méd.*, t. XII, p. 934 ; t. XVIII, p. 1100.
(3) *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 1836, t. III, p. 323.
(4) *Gaz. des Hôpit.*, 1847, p. 560.
(5) *Mém.*, p. 30.
(6) Jansen, p. 349.
(7) Carron du Villards ; *Journ. hebdom.*, 1831, t. II, p. 38.

de seigle dont on se nourrit habituellement. Cette céréale est souvent altérée, l'ergot s'y montre en quantité variable; ce parasite ne pourrait-il pas jouer un rôle dans la production de la pellagre, au même titre que le *verderame* du maïs? Cette opinion a été nettement formulée par M. Pauillac, d'Arès, qui chaque année traite un grand nombre de pellagreux. Il a constaté que l'extension et la gravité de la pellagre étaient en raison directe de la quantité de seigle ergoté recueilli dans l'année. Il est vrai que cette affection sévit avec une certaine intensité, devient même sérieusement endémique dans certaines localités où le seigle ergoté, à l'exclusion du maïs, entre dans la composition du pain. L'observation X^e^ que j'ai relatée donne un certain appui à la réalité de cette cause.

Mais ce n'est pas seulement par une nourriture viciée ou insuffisante que la pellagre peut se produire. Elle a été quelquefois attribuée à l'abus des excitants et principalement du vin. Strambio cite à ce sujet l'exemple d'un pharmacien, âgé de trente-neuf ans, très-adonné aux boissons spiritueuses ([1]). Panceri le fils a vu à Milan des citadins affectés de pellagre; c'étaient des buveurs ([2]). Paolini rapporte deux exemples du même genre ([3]). Cypriani a vu la pellagre se manifester après le *delirium tremens* ([4]). L'un des malades de M. Marrotte, celui qui avait servi en 1848 dans la garde républicaine, avait fait un fréquent abus de vin et d'eau-de-vie ([5]). J'ai appris que la femme de Cavignac qui vint me consulter en 1833 était très-adonnée à la boisson du vin.

Ces faits prouvent que la pellagre peut se développer sous des influences diverses : chez ceux qui abusent du vin, chez ceux qui ne boivent que de mauvaise eau ([6]), et même chez ceux qui se désaltèrent avec une eau limpide et salubre ([7]).

([1]) Cazenave et Schedel, p. 516.
([2]) Brierre de Boismont, t. XLIII, p. 55.
([3]) Cazenave; *Annales des maladies de la peau*, t. IV, p. 383.
([4]) Congrès des savants italiens. (*Gaz. méd.*, 1846, p. 982.)
([5]) *Actes de la Soc. méd. des Hôpitaux de Paris*, 1850, 1er fascicule, p. 50.
([6]) Comme aux environs de Castelnaudary. (Roussel; *Revue*, 1848, t. III, p. 12.)
([7]) Roussel; *Pellagre*, p. 161.

On ne peut donc rien affirmer de positif ni de constant. Il ressort cependant de cet examen des faits, que si la pellagre, quand elle est sporadique, peut se manifester chez des personnes dont l'alimentation est convenable ou même pèche par excès, elle s'observe, surtout lorsqu'elle est endémique, parmi les populations dont la nourriture est de mauvaise qualité, qui vivent de maïs ou de seigle altérés, ou de fécules peu nutritives et de pâtes non fermentées. Or, ce qui éclaire le plus vivement la question, c'est le nombre, c'est l'ensemble des faits fournis par les masses. Les observations isolées ne sauraient en détruire la valeur; elles forment des exceptions, et sont là, comme dans la plupart des problèmes de pathologie, pour nous empêcher de déduire des conséquences trop absolues et trop générales.

VIII. *Affections morales tristes et misère.* — On a cru reconnaître dans quelques cas l'influence des affections morales tristes dans la production de la pellagre. Des observations de Marzari ([1]), l'une de celles de M. Courty ([2]), sembleraient l'attester.

La *misère* en est l'une des causes les plus générales. Cazal l'avait déjà constaté ([3]). En Italie ce fait est avéré, et Vaccari donne comme synonymes les mots *pellagre* et *mal della miseria* ([4]). Cette maladie a toujours fait des progrès dans les années où les pauvres souffraient le plus, comme en 1775, 1801, 1815 et 1816 ([5]); elle a diminué dans les années d'abondance. Elle s'est montrée aussi chez des individus aisés, mais qui, par avarice ou par le fait des habitudes du pays, vivaient assez mal, étaient malpropres, mal vêtus et négligeaient toutes les précautions hygiéniques.

Toutefois, plusieurs des faits précédemment indiqués prouvent que la misère n'a pas toujours été la véritable cause de

([1]) Roussel; p. 167.
([2]) 1re Observation, p. 525.
([3]) Thiéry, p. 141.
([4]) Stoffella, p. 155. — Brierre, p. 59.
([5]) Chiappa; *Annali*. (*Gaz. méd.* t. I, p 340.)

la pellagre, et si nous jetons les yeux sur diverses contrées pauvres, comme l'Irlande, la Pologne, la Sologne, l'Auvergne, beaucoup de grandes villes où la pellagre n'a pas pénétré, nous sommes portés à ne pas regarder cette maladie comme l'effet direct de la misère; elle n'en devient la conséquence que dans des conditions données.

IX. *Professions.* — De toutes les professions, celle de pâtre dispose le plus à la pellagre. En effet, ceux qui l'exercent sont ordinairement misérables, mal nourris, exposés à toutes les intempéries et surtout à l'ardeur du soleil.

Les individus qui cultivent la terre mettent bien davantage en jeu leurs forces musculaires, mais ils sont exposés aux mêmes influences extérieures.

Les résiniers, dans les landes, en sont souvent affectés.

Les habitants de Nay, occupés à des travaux industriels, n'en sont pas exempts [1]. On a vu à Paris une ancienne blanchisseuse [2], une couturière [3], une domestique [4], un mesureur de charbon [5], un porteur à la halle [6], atteints de pellagre.

Les malades que j'ai vus à la clinique interne ont déclaré qu'ils étaient :

Pâtres	35
Terrassiers, laboureurs, ou bouviers	29
Résiniers	5
Manœuvre dans une forge	1
Tailleur de pierre	1
Scieur de long	1
Domestique	1
Couturières	5
Trois individus étaient sans profession (deux mendiaient, un autre venait du dépôt de mendicité)	3
	75

(1) Roussel; *Revue méd.*, 1848, t. III, p. 38.
(2) Observation de M. Cazenave; *Annales*, t. III, p. 91.
(3) Obs. de M. Becquerel; *Union*, 1850, p. 409.
(4) Obs. de M. Landouzy; *Bullet. de l'Acad.*, t. XVII, p. 629.
(5) Obs. de M. Devergie; *Gaz. des Hôpit.*, 1848, p. 269, 280.
(6) Obs. de M. Cazenave; *Annales*, t. IV, p. 296.

X. *Contagion.* — La pellagre n'est point contagieuse. Dans le même village, dans la même famille, sont très-communément réunis des individus sains et malades, sans que les premiers soient infectés par les seconds, malgré la fréquence des contacts ([1]). Gherardini a mis sans résultat fâcheux sur ses téguments divers fluides fournis par des pellagreux. Buniva s'est servi dans le même but, de la même manière et sans autre conséquence, de la salive, ou du sang des pellagreux et de la sanie provenant de leurs plaies ([2]). De Rollandis ne réussit pas mieux dans des expériences du même genre ([3]).

On a dit cependant que l'enfant d'une nourrice affectée de pellagre en fut lui-même atteint à l'âge de cinq ans ([4]). En supposant une transmission, ce serait admettre une incubation bien longue.

On a cru que la pellagre pouvait se communiquer des brebis à l'homme. On sait, d'une part, que ces animaux ont parfois des éruptions cutanées ayant quelque ressemblance avec l'érythème pellagreux, et, d'autre part, que les pasteurs sont très-exposés à avoir la pellagre. Cette opinion de la contagion de la brebis à l'homme remonte à Titius; elle fut soutenue par Hameau.

Mais la maladie des brebis est-elle la pellagre? Se voit-elle parmi les troupeaux dont le pasteur en est plus tard affecté? Aucun fait exact n'est venu répondre d'une manière positive à ces questions, et même des observations contraires ont été présentées ([5]). Si la pellagre n'est pas contagieuse d'homme à homme, doit-on supposer qu'elle puisse l'être d'un animal à l'homme? Et comment les individus en très-grand nombre qui ne sont pas bergers et qui n'ont aucun rapport avec les brebis, la contracteraient-ils?

XI. *Conclusions relatives à l'étiologie de la pellagre.* — Des

([1]) Frapolli. (Jansen, p. 352.) — Beyris; *Documents*, p. 615, etc.
([2]) Stoffella, p. 143.
([3]) Roussel, p. 236.
([4]) Brierre de Boismont, p 382.
([5]) Ardusset; *Documents*, p. 681.

considérations qui précèdent, on peut inférer qu'aucune circonstance spéciale ne peut être désignée comme cause unique et comme condition essentielle de la production de la pellagre. Mais elles conduisent à regarder l'influence héréditaire, l'humidité atmosphérique, l'insolation, l'usage du maïs altéré, la misère, la profession de berger ou de cultivateur, comme les causes les plus réelles, les plus fréquentes, les plus générales de la pellagre, se prêtant, quand elles agissent simultanément, une efficacité puissante, qui probablement n'appartiendrait à aucune d'elles prise en particulier.

e. — **Symptômes de la pellagre.** — Les symptômes de la pellagre doivent être successivement étudiés en les rattachant aux appareils organiques qui les fournissent :

1° *Symptômes ayant leur siége à la peau.* — La lésion principale des téguments consiste en un *érythème,* qui se manifeste : 1° sur la région dorsale des mains et des doigts, dépassant rarement le poignet; 2° sur la région antérieure de l'articulation tibio-tarsienne; 3° sur la partie antérieure du cou, formant comme une portion de collier et s'étendant jusqu'au sternum (1); 4° sur la face.

Cet ordre des localisations de l'érythème pellagreux est aussi celui de leur fréquence, et il est facile de juger que celle-ci est relative au degré d'exposition à la lumière solaire. L'érythème de la région dorsale des mains est le plus constant et le plus caractéristique.

La teinte de l'érythème pellagreux est rosée. De là le nom qui fut d'abord donné à la maladie, *mal de la rosa;* les Italiens l'ont appelée aussi *male rosso* (2) ou mal rouge. Cette couleur est parfois plus ou moins blafarde, ordinairement uniforme et sans la moindre saillie. Il est très-rare, en effet, que l'on remarque de la tuméfaction dans les parties affectées. Dans quelques cas, la pellagre s'annonce par une desquamation de l'épiderme qui brunit, prend une cou-

(1) Thiéry, Obs., p. 138.
(2) Levacher, p. 172.

leur chocolat et se détache sans inflammation ni rougeur ([1]).

L'érythème de la région dorsale des mains peut commencer sur une surface assez large ou débuter par un point assez circonscrit, par une tache circulaire ([2]). Chez un jeune homme de vingt-sept ans, de Saint-Symphorien, qui vint à l'hôpital dans le mois de juin 1855, il s'était d'abord formé une tache de 2 à 3 centimètres de largeur entre le pouce et l'index; d'où la rougeur avait gagné le dos de la main.

Quelquefois l'érythème pellagreux forme des plaques légèrement saillantes, d'un rouge plus foncé ou même livide ([3]). D'autres fois, il se développe sur les surfaces rougies, des vésicules laissant suinter de la sérosité ([4]); il peut y avoir complication de pemphigus, comme j'en citerai quelques exemples.

L'éruption est ordinairement accompagnée de chaleur locale, souvent de cuisson. Cette sensation ne ressemble pas au prurit. C'est plutôt un sentiment de brûlure, qui devient extrêmement intense quand la partie est exposée aux rayons du soleil ([5]). Une chaleur presque aussi vive est ressentie à la paume des mains et à la plante des pieds, surtout pendant la nuit, bien que l'érythème ne s'étende pas jusque sur ces régions ([6]).

Après quelques mois de durée, l'érythème change d'aspect. Il pâlit, l'épiderme, de plus en plus sec, se fendille, se gerce, des écailles se forment à sa surface. La desquamation s'opère par de larges lamelles. La peau présente alors un aspect luisant et une certaine densité; on dirait du parchemin couvert d'une couche mince de vernis. Bientôt des squames se reproduisent; elles sont grisâtres, plus marquées vers les poignets et sur les doigts, et donnent à ces parties une couleur terreuse et rembrunie. L'épiderme y est raboteux, coupé de lignes qui se croisent en tous sens. Il présente quelque analogie avec

([1]) Cazenave et Schedel; *Mal. de la peau*, p. 491.— Mérier; *Gaz. des Hôpit.*, 1858, p. 80.
([2]) Levacher, 3e Obs., p. 285.
([3]) *Ibid.*, 13e, 14e et 31e Observations.
([4]) *Ibid.*, p. 186. — Becquerel; *Union*, 1850, p. 400.
([5]) Ardusset, p. 659.
([6]) Levacher, 20e, 22e Obs., p. 259.

l'ichthyose. Enfin, on voit des gerçures profondes se creuser entre les doigts, les ongles se déformer, se fendre, devenir épais et rugueux [1].

Quelques observateurs assurent que la peau des pellagreux exhale une odeur désagréable spéciale [2]. Des individus déjà malades depuis quelques mois, ayant langui dans la malpropreté, atteints quelquefois de diarrhée, peuvent répandre autour d'eux une odeur fétide, mais qui n'a rien de particulier.

2° *Symptômes fournis par les voies digestives.* — Les malades perdent généralement l'appétit. Il en est cependant qui ont une faim vorace [3].

Les lèvres deviennent sèches et se gercent. Il se forme des aphthes ou même des ulcérations sur la muqueuse buccale. Les gencives sont tuméfiées [4], quelquefois saignantes [5]; la langue est rouge, luisante, humide, marquée de sillons diversement dirigés. Assez souvent le malade est fatigué pas un ptyalisme plus ou moins abondant [6]; il accuse un goût acide, amer ou salé, et un sentiment d'ardeur et de constriction vers la gorge ou le long de l'œsophage.

L'un des sujets observés par Levacher présentait une sorte de rumination [7]; plus souvent il y a de simples nausées ou même des vomissements.

L'abdomen peut être ballonné ou rétracté; mais l'un des symptômes les plus fréquents est la diarrhée. Alternant parfois avec la constipation, elle tend sans cesse à se reproduire et devient très-opiniâtre.

3° *Symptômes fournis par le système nerveux.* —Ces symptômes sont nombreux et importants; ils se rattachent à des lésions de la sensibilité, de l'intellect et de la myotilité.

(1) Calderini. (Cazenave; *Annales*, t. I, p. 341.)
(2) Levacher, p. 255.
(3) Observation de M. Mérier; *Gaz. des Hôpit.*, 1853, p. 80.
(4) 2e Obs. de M. Willemin; *Archives*, 4e série, t. XIII, p. 343.
(5) Stoffella, p. 135.
(6) Calderini; *Annali*. (Cazenave, t. I, p. 341.)
(7) 19e Obs., p. 257.

(Sensibilité). — 1° Des douleurs sont ressenties au front ou dans presque toute la tête; quelquefois elles sont plus prononcées d'un côté et se propagent jusqu'au membre inférieur ([1]). La douleur existe d'autres fois d'une manière spéciale le long du rachis, tantôt s'étendant vers le sacrum, tantôt s'irradiant vers les membres supérieurs, qui sont comme engourdis.

2° Des vertiges se répètent assez souvent et rendent la marche peu solide.

3° Des perversions dans l'action des sens produisent des hallucinations de l'ouïe ([2]), de la vue. Il existe quelquefois de la diplopie ([3]).

(Intellect). — L'influence de la pellagre sur les facultés intellectuelles a été reconnue depuis longtemps. En Italie, dans les maisons d'aliénés, le nombre des pellagreux est considérable; il compte pour la moitié ou même les deux tiers à l'hôpital de la Senabre, selon M. Brierre de Boismont ([4]); à Brescia, à Venise, beaucoup d'aliénés ont été d'abord pellagreux. On en trouve un certain nombre à Bologne et à Florence.

Le délire peut être aigu, accompagné de fièvre, d'agitation, de cris, d'injection des vaisseaux de la tête; il résulte assez généralement alors de la production d'une méningite ([5]).

L'état phlegmasique est d'autres fois moins prononcé; mais il y a une sorte de surexcitation nerveuse, perte de la mémoire ([6]), incohérence des idées.

Le délire est ordinairement triste, mélancolique; les traits sont affaissés, les yeux abattus, larmoyants, le silence absolu; tel est l'état dans lequel Jansen trouva plusieurs des femmes traitées à l'hôpital de Legnano ([7]).

Quelques malades, plongés dans cet état de tristesse profonde, dans cette lypémanie, ont en même temps, selon Stram-

([1]) 9e Obs. de Strambio. (Levacher, p. 246.)
([2]) Levacher, 17e Obs. — Roussel, p. 89.
([3]) Brierre de Boismont, 2e Obs., p. 375.
([4]) T. XLIII, p. 54.
([5]) Roussel, p. 90.
([6]) Observation de M. Marrotte, p. 51.
([7]) P. 338.

bio, le regard farouche et murmurent sans cesse entre les dents (1).

Il en est d'autres qui sont épouvantés ou qui cherchent à s'échapper *(melancolia errabunda)*.

Une femme, à Legnano, était atteinte de nymphomanie (2).

L'état d'aliénation mentale le plus fréquent est la monomanie suicide, et de tous les genres de mort, celui que préfèrent les pellagreux, c'est la submersion. Strambio appelle cette aberration *hydromanie* (3).

Il est de ces malheureux maniaques qui s'étranglent, ou se précipitent d'un lieu élevé, ou se jettent dans les flammes, ou se mutilent par de profondes blessures (4). On en vit un à Venise, en 1805, essayer de se crucifier (5). Non-seulement les pellagreux veulent se détruire, mais aussi noyer ou étrangler leurs enfants (6). En France, cette disposition au suicide a été plusieurs fois constatée (7).

Très-souvent, surtout en Italie, l'aliénation mentale des pellagreux consiste en une monomanie religieuse (8). Cette forme, ainsi que les vésanies convulsives, est assez commune chez les femmes (9).

Le dérangement mental qui succède souvent à ces aberrations ou qui parfois survient primitivement, est la stupidité, la démence.

(Myotilité). — 1° On a vu des mouvements involontaires agiter la tête et la partie supérieure du tronc (10), ou se borner à la face (11). 2° Fr. Hildenbrand a observé chez un jeune homme de vingt ans une contracture et une flexion soutenue des arti-

(1) Roussel, p. 89.
(2) Jansen, p. 339.
(3) Brierre, p. 369.
(4) Roussel, p. 93.
(5) Carron du Villards; *Journ. hebdom.*, 1831, t. II, p. 37.
(6) Piantanida. (Brierre, t. XLIII, p. 53.)
(7) Roussel; *Revue méd.*, t. III, p. 40, 329.
(8) Brierre de Boismont, 5e, 6e, 7e, 8e Obs., etc.
(9) Liberali, Soler. (Titius, p. 141.)
(10) Thiéry, p. 139.
(11) Levacher, 1re Obs., p. 237.

culations des doigts et des orteils (1). 3° Il existe d'autres fois des états nerveux ou spasmodiques, ayant quelque ressemblance avec l'attaque d'épilepsie (2). 4° Plus souvent on observe un affaiblissement successif des puissances musculaires. La marche n'est pas seulement vacillante à cause des vertiges, elle l'est encore par le manque d'énergie des organes de la locomotion. Cette débilité va jusqu'à la paralysie, laquelle peut affecter plus spécialement l'un des côtés ou les membres inférieurs (3).

M. Baillarger a étudié avec un soin particulier la paralysie des pellagreux (4), qu'il a rapprochée de la paralysie progressive des aliénés. Elle s'accompagne souvent, en effet, d'embarras de la langue, de stupidité ou de délire ambitieux, avec grincements des dents et mouvements spasmodiques des lèvres. La disposition héréditaire conduit à l'un et à l'autre de ces états.

M. Verga (5) et M. Mérier (6) trouvent des différences notables entre ces deux sortes de paralysies. Celle des pellagreux ne s'accompagne pas toujours d'embarras de la langue; elle survient chez les individus misérables et tristes dont la nourriture a été mauvaise ou insuffisante; l'autre se manifeste chez ceux qui ont abusé de la vie, chez les gens riches. Cependant, il ne faut pas oublier que le *delirium tremens* a quelquefois précédé la pellagre et la paralysie pellagreuse (7). Le délire dans la paralysie des aliénés, ajoute M. Verga, est ordinairement gai, ambitieux, sans désir de suicide. Une disposition opposée accompagne la paralysie des pellagreux.

Mais les observations de M. Baillarger prouvent que cette proposition trop générale souffre des exceptions qui lui font perdre sa valeur. S'appuyant sur des documents fournis par

(1) *Annales Scholæ Med. Ticinensis*, t. I, p. 232.
(2) Bertet; *Gaz. des Hôpit.*, 1848, p. 79.
(3) Brierre, t. XLII, p. 365.
(4) *Mémoires de l'Acad. de Méd. de Paris*, t. XIII, p. 707.
(5) *Gazzetta med. Lombarda*. (*Gaz. méd.*, 1849, p. 507.)
(6) *Union Méd.*, 1852, p. 85.
(7) Baillarger, p. 715.

M. Bonacossa, de Turin, et par M. Girelli, de Brescia, et sur un fait emprunté aux registres de l'hôpital dirigé par M. Verga lui-même, M. Baillarger a maintenu ses premières remarques quant à la ressemblance existant entre la paralysie des pellagreux et la paralysie progressive des aliénés (1).

4° *Symptômes fournis par les appareils circulatoire, sécrétoire et génital.* — Pendant le cours de la pellagre, le pouls est rarement fréquent ; quelquefois même il est lent.

L'état du sang n'a présenté à Calderini aucune altération spéciale, soit par l'analyse chimique, soit à l'examen microscopique (2).

Rien de remarquable n'a été noté relativement aux sécrétions.

Chez les femmes, à l'hôpital de Milan, on a signalé l'aménorrhée, la chlorose, la leucorrhée, la métrorrhagie et l'avortement (3).

d. — Marche et durée de la pellagre. — On a assigné des stades, des périodes, des degrés à la marche de la pellagre.

Frapolli distingue une pellagre commençante, une pellagre confirmée, une pellagre désespérée (4).

Strambio a considéré cette affection dans l'ensemble de sa marche et de ses progrès comme étant d'abord intermittente, puis rémittente, enfin continue.

Généralement, elle commence par l'affection cutanée et offre souvent alors la coïncidence d'une lésion plus ou moins prononcée du tube digestif ; dans une période plus avancée surviennent les indices d'un trouble profond des fonctions du système nerveux cérébro-spinal. La mort peut arriver sans que ces derniers symptômes se soient prononcés (5).

Quelquefois, c'est après que le système nerveux a subi

(1) *Annales médico-psychologiques*, juillet 1849.
(2) *Annali univers.* (*Gaz. méd.*, 1848, p. 88.)
(3) Calderini ; *Annali univers.* (Cazenave ; *Annales*, t. I, p. 341.)
(4) Jansen, p. 341.
(5) Barth ; *Bullet. de la Soc. anatom.*, 1851, p. 250.

quelques modifications pathologiques que l'érythème se manifeste. Un homme âgé de cinquante-deux ans, venu à l'hôpital Saint-André le 13 octobre 1852, racontait que sa maladie avait commencé en 1850 par la céphalalgie et la diminution de la vue; il avait eu souvent des éblouissements et les objets lui paraissaient doubles.

La pellagre peut débuter par un dérangement de l'intellect et même pendant le cours d'une aliénation mentale [1].

Dans certains cas, les trois ordres de symptômes éclatent à la fois, comme chez le sujet de ma VIe Observation.

L'apparition des premiers symptômes a lieu le plus ordinairement au printemps. La pellagre s'est montrée dès le mois de mars [2] et même en février [3], mais c'est rare. D'après une observation de Hameau, l'éruption et la diarrhée auraient débuté dans le mois d'octobre [4]; c'est encore par exception.

La pellagre commence quelquefois insensiblement; son début est d'autres fois marqué par quelque exanthème, un érysipèle [5] par exemple, ou par des symptômes généraux plus ou moins graves [6].

Elle fait des progrès pendant l'été; c'est alors que la diarrhée survient.

Les symptômes décroissent durant l'automne et disparaissent plus ou moins complétement en hiver.

Cette disparition est rarement absolue; elle ne s'observe d'ailleurs que dans les premières années de la maladie.

Au printemps suivant, l'érythème et les autres symptômes se reproduisent. Cette sorte d'intermittence ou de rémittence pendant l'hiver fait regarder par quelques auteurs la pellagre comme une affection périodique.

(1) Observation de M. Cazenave (*Union méd.*, 1851, p. 412); — de M. Mérier (*ibid.*, 1853, p. 80). — Mais M. Brierre de Boismont pense que la pellagre est venue s'ajouter à la manie, et en forme une affection distincte. (*Union*, 1851, p. 412.)

(2) Fr. Hildenbrand; *Annales Schol. Med. Ticinensis*, t. II, p. 134.

(3) Chiappa; *Annali universali*. (*Gaz. méd.*, t. I, p. 340.)

(4) Lettre à Pariset. (*Documents. Actes de l'Acad.*, 1847, p. 2.)

(5) Levacher, d'après Strambio, p. 247.

(6) Hameau; Lettre à Pariset. (*Documents*, p. 2.)

La pellagre peut rester stationnaire ou plutôt ne pas reparaître pendant plusieurs années [1]. Un homme qui avait offert l'invasion de cette maladie, quitte son pays et fait les campagnes de Hongrie, de France, d'Allemagne, qui durent quinze ans. Pendant ce temps, la pellagre avait disparu. Il rentre dans le Milanais, et sept ans après la pellagre reparaît [2].

Le changement de climat, d'habitudes et d'occupations, produit généralement une modification avantageuse dans l'état des pellagreux.

La maladie a, d'ailleurs, une durée très-variable, selon les lieux et selon les individus. D'après M. Courty, au Vernet, sa marche est assez rapide et sa durée n'excède guère trois ans [3]. Dans nos landes, elle est de huit à quinze ans [4].

A l'hôpital de Milan, en 1843, sur 162 hommes, 52 étaient atteints depuis douze ans, et sur 190 femmes, 48 l'étaient depuis un temps plus long encore [5]. Calderini a constaté que la marche de la pellagre est plus lente chez les femmes que chez les hommes [6].

On a vu des personnes atteintes de cette maladie depuis plus de dix-huit ans [7]. D'autres ont conservé depuis leur enfance quelques vestiges de l'érythème des mains, et n'ont éprouvé les autres symptômes qu'à l'âge de quarante ans [8].

e. — **Complications de la pellagre.** — Plusieurs affections peuvent coïncider avec la pellagre. De ce nombre sont les fièvres intermittentes. Quelques auteurs avaient cru à un antagonisme entre ces maladies; elles ont plutôt montré une sorte de liaison. Ainsi, d'après Strambio, Calderini et plusieurs autres observateurs, la pellagre s'est développée chez des individus

(1) Stofella, p. 138.
(2) Brierre de Boismont, t. XLII, p. 363.
(3) *Gaz. méd.*, 1850, p. 622.
(4) Lalesque; *Bullet. de l'Acad. de Méd.*, t. I, p. 441.
(5) Calderini. (*Annales de Cazenave*, t. I, p. 344.)
(6) *Gaz. méd.*, 1848, p. 88.
(7) Brierre, p. 375.
(8) Strambio. (Levacher, 4e Obs., p. 242.)

qui avaient eu des fièvres intermittentes [1]. Jansen vit, à Legnano, ces deux genres de maladies réunis chez le même sujet [2]. Cette complication a été observée dans le département des Basses-Pyrénées, à Morlaas, Bruges, etc. [3]; elle est assez fréquente dans le département des Landes.

La cachexie séreuse se trouve quelquefois unie à la pellagre. Celle-ci prend alors les apparences de la variété que Soler désignait sous le nom d'*humide* [4].

Dans les Alpes, cette affection s'accompagne des symptômes du scorbut. On remarque, en effet, l'état fongueux des gencives, la chute des dents, etc.

Elle se compliqua d'un état typhoïde grave à Milan, dans l'hiver de 1843 et 1844, sous les yeux du Dr Rizzi. La prostration des forces était considérable; il y avait des soubresauts de tendons, du trismus, des taches livides sur les membres; la langue était noire et sèche, la transpiration fétide [5].

François Hildenbrand rapporte l'observation d'une femme de vingt-cinq ans déjà scrofuleuse et pellagreuse, qui contracta, en juin 1821, en travaillant sous un soleil ardent, une encéphalite mortelle. Les méninges étaient rouges, le cerveau ramolli, surtout dans les parois ventriculaires; un large abcès existait dans le lobe droit du cervelet [6].

Levacher a constaté la coïncidence d'affections pulmonaires graves [7].

Le même observateur fait mention d'une variété ou d'une complication de la pellagre, qu'il désigne sous le nom d'*affection licheneuse*. On l'appelle dans les campagnes du Milanais, où elle est fréquente, *salcedine,* à cause du goût salé et du ptyalisme dont les malades se plaignent. Il se forme des pla-

(1) *Rapport sur les maladies observées à l'Hôpital de Milan, en 1843.* (*Annales des maladies de la peau*, t. I, p. 340.)

(2) P. 357.

(3) Roussel; *Revue méd.*, 1848, t. III, p. 40.

(4) Roussel; *Traité de la pellagre*, p. 99.

(5) *Ibid.*, p. 101.

(6) *Annales Scholæ Med. Ticinensis*, t. II, p. 307.

(7) Voyez ses Observations 8e, 9e, 12e, 18e.

ques circulaires sur les mains, les avant-bras, les bras, la face, etc. Les mains offrent des fentes ou crevasses, les ongles s'épaississent comme de la corne et tombent par fragments desséchés ([1]). On voit que cette affection ne ressemble nullement à ce que les dermatologistes modernes nomment le *lichen*. Il ne s'agit point ici de papules, mais plutôt d'érythème circiné et de squames. Ce n'était peut-être même qu'une forme de pellagre propre à certaines localités. Les individus qui l'offraient étaient reçus par Strambio comme pellagreux à l'hôpital de Legnano, et plusieurs d'entre eux avaient eu leurs proches atteints de pellagre ([2]).

L'eczéma accompagne parfois cette maladie, et a pu faire croire, dit M. Roussel ([3]), que l'érythème pellagreux est susceptible de se montrer sur des régions où on ne le rencontre pas ordinairement.

J'ai vu deux fois la pellagre compliquée de pemphigus.

L'un de ces cas était présenté par une jeune fille de dix-huit ans, de Lacanau (Gironde), non encore réglée et déjà atteinte de pellagre depuis trois ans. Elle vint à l'hôpital le 1er juin 1854. Elle avait sur le nez, les lèvres, une rougeur et des croûtes jaunâtres, au cou un collier érythémateux très-prononcé et en forme de fer à cheval; les deux mains avaient l'érythème caractéristique. Les environs de l'articulation tibio-tarsienne présentaient des bulles tout à fait analogues à celles du pemphigus. Cette fille fut, en outre, atteinte de varioloïde pendant son séjour à l'hôpital.

Le second cas était celui d'un homme de trente-quatre ans, venant du département des Landes, déjà atteint de pellagre cinq ans auparavant, et ayant joui d'une assez bonne santé jusqu'au printemps de 1855, époque où cette maladie s'est reproduite. Indépendamment des caractères ordinaires, il y avait aux jambes une rougeur érysipélateuse, au voisinage des talons des squames de couleur noirâtre, au-devant et au-

([1]) P. 282.
([2]) P. 271.
([3]) *Traité de la pellagre*, p. 99.

dessus du coude-pied une phlyctène tout à fait semblable à celle qu'aurait produite l'application d'un vésicatoire.

J'ai vu aussi une complication de pellagre et d'ichthyose. Le malade était un pasteur de Sainte-Eulalie en Born (Landes), âgé de quarante-six ans, atteint de pellagre depuis dix années. Les parties qui avaient été le siége de l'érythème s'étaient recouvertes d'écailles d'un blanc grisâtre, épaisses et dures, et comme imbriquées; les ongles étaient épaissis, rugueux, fendillés et semblables à de la corne. Les bains ramollirent les productions épidermiques et firent détacher beaucoup d'écailles; celles qui se reproduisirent furent plus minces. En tombant, elles laissaient la peau unie et rougeâtre.

f. — **Terminaisons de la pellagre.** — Les symptômes de la pellagre peuvent se dissiper à l'entrée de l'hiver, disparaître même complétement si l'affection est récente, mais elle est susceptible de se reproduire le printemps suivant.

La pellagre peut guérir définitivement [1].

Abandonnée à elle-même, elle se termine par la mort au bout de quelques années. La mort peut être subite; M. Brierre en cite deux exemples [2]. Plus souvent elle arrive lentement, par suite de diarrhée, d'ascite, d'anasarque ou de lésion cérébrale.

g. — **Anatomie pathologique de la pellagre.** — Les premières recherches d'anatomie pathologique relatives à la pellagre ont été faites dans l'Italie septentrionale.

Rossi, de Turin, donna des détails très-curieux sur les lésions présentées par un homme âgé de quarante-cinq ans, dont les organes du côté droit présentaient de la mollesse, des collections séreuses, des déformations, tandis que ceux du côté gauche étaient consistants, resserrés, amoindris [3]. Martinzi a trouvé, chez ceux qui avaient eu des symptômes

[1] Un de nos pellagreux guéris est resté comme infirmier à l'hôpital pendant sept ans, puis est sorti; il s'est marié; la pellagre n'a pas reparu.

[2] Observation 11, t. XLII, p. 355, et Obs. 12, p. 356.

[3] Lettre à Allioni. (*Mémoires de la Soc. méd. d'Émulat. de Paris*, t. VI, p. 287.)

de manie, les vaisseaux des méninges et du cerveau injectés, le cervelet induré, la rate consistante, mais point de défaut de symétrie [1]. Du reste, les recherches relatives à l'anatomie pathologique de la pellagre ont été depuis quelques années assez multipliées. On peut citer celles de MM. Fantonetti [2], Levacher [3], Brierre de Boismont [4], Calderini [5], Paolini [6], Labus [7], Roussel [8], Barth [9], Landouzy [10], Becquerel [11], Willemin [12], Cazenave de Pau [13], Mérier [14], Billot [15]. Je rappellerai les remarques les plus saillantes qu'ils ont faites, après avoir donné le sommaire des observations nécroscopiques que j'ai moi-même recueillies.

XIIe Obs. — Jeanne Latrille, dix-sept ans, de Nizen, près Bazas (Gironde), douée d'un tempérament lymphatique, d'une constitution faible, non menstruée, se nourrissant de pain noir, d'œufs, de cruchade et de porc salé, éprouve en 1839 des symptômes d'irritation gastro-intestinale, et présente l'érythème pellagreux aux mains et au front. En 1840, répétition des mêmes symptômes; en 1841, nouveau retour et en même temps vertiges, tremblements des membres inférieurs, douleurs le long du rachis, état normal de l'intellect. Admission à l'hôpital le 14 juin 1842. Maigreur, pâleur, érythème du front et de la région dorsale des mains, avec surfaces lisses, luisantes, foliacées; langue rouge et sèche, ventre douloureux et météorisé, diarrhée, fièvre. (Tisane de riz, pilules avec extrait thébaïque, 0,05; tannin, 0,06.) Vers la fin du mois, toux, dyspnée, matité dans tout le côté gauche de la poitrine, absence totale du murmure respiratoire, douleur vive et tension subite à l'hypogastre, mort.

(1) Liberali; *Annali universali*, 1828, t. II, p. 115.
(2) Voyez Rayer; *Maladies de la peau*, t. II, p. 880.
(3) Observations, etc. (*Mém. de la Soc. méd. d'Émulat.*, t. VI, p. 168.)
(4) *Journal complément.*, t. XLII, p. 355.
(5) Sixième congrès scientifique de Milan, 1846.
(6) Cazenave; *Annales*, t. IV, p. 334.
(7) *La pellagra investigata, etc.* Milan, 1847. (*Revue méd.*, 1849, t. III, p. 350.)
(8) *Revue méd.*, 1848, t. II, p. 346; t. III, p. 10.
(9) *Bullet. de la Soc. anat.*, 1851, p. 351.
(10) *Bullet. de l'Acad. de Méd.*, t. XVII, p. 630.
(11) *Union méd.*, 1850, p. 410.
(12) *Archives*, 4e série, t. XIII, p. 346.
(13) *Union*, 1851, p. 343.
(14) *Union méd.*, 1853, p. 81.
(15) *Archives*, 5e série, t. XI, p. 719.

Nécropsie. — Marasme général, infiltration des membres inférieurs. A la place des érythèmes, surfaces fendillées, ridées, rugueuses, sans rougeur ni tuméfaction.

Encéphale présentant dans son ensemble un léger ramollissement. Pas d'autre lésion.

Un kilogramme de sérosité roussâtre dans la plèvre gauche, qui est rouge, tapissée par une fausse membrane; poumon gauche affaissé, poumon droit sain et libre; cœur petit, n'ayant que 9 centimètres de la base au sommet et 5 transversalement. Du reste, aucune lésion de ses cavités, ni des gros vaisseaux.

Estomac sain; intestins grêles adhérant entre eux par un tissu consistant, rouges, ayant des parois épaisses et comme boursoufflées, et offrant à l'intérieur quelques ulcérations; cœcum tapissé par un mucus épais, parsemé d'ulcérations larges, à bords rouges et relevés et à fond grisâtre; destruction de la valvule iléo-cœcale; quatre ou cinq perforations conduisant dans une large cavité, limitée par le cœcum, l'*S* du colon, une partie des intestins grêles, la vessie, la matrice, l'ovaire et la trompe, et par la partie inférieure de la paroi abdominale. Cette cavité anfractueuse, contenant quelques détritus noirâtres, gangrenés, et l'appendice du cœcum comme rétractée, a été le résultat d'un épanchement opéré par les perforations et d'une péritonite partielle. Vessie rougeâtre; utérus petit, trompes développées, distendues par une matière jaunâtre d'aspect tuberculeux. Foie adhérant au diaphragme; rate saine.

XIIIe Obs. — Clément P..., dix-huit ans, de Mezos (Landes), scieur de long, petit, faible, lymphatique, se nourrissant de pain de seigle, de lait, de maïs et de millet; se livrant avec excès à la masturbation, est atteint depuis deux ans d'érythème pellagreux, de faiblesse des jambes, de douleur à l'épigastre, de nausées, de soif et de diarrhée à des degrés variables d'intensité. Admission à l'hôpital le 2 août 1850. Maigreur, teinte terreuse de la peau, affaiblissement de tous les membres, érythème du dos des mains, plaques grisâtres à la face dorsale du dos des mains, plaques grisâtres à la face dorsale des pieds et à la partie inférieure des jambes; sensibilité dans ces divers points; tension, météorisme du ventre; diarrhée très-forte, appétit conservé; la pression est douloureuse sur les apophyses épineuses des vertèbres dorsales et lombaires; marche chancelante; quelquefois le malade recule au lieu d'avancer. Fourmillements à la plante des pieds, céphalalgie, soif vive, urine abondante et claire, toux sans expectoration, percussion et auscultation sans indices spéciaux; pouls petit, 92, 96. (Décoction blanche de Sydenham; conserve de cynorrhodon, 3^{gr},00; extrait thébaïque, 0^{gr},05, pour trois bols.) Affaissement de plus en plus rapide; urines abondantes, elles ne contiennent pas de sucre; diarrhée persistante,

malgré l'usage du diascordium, de la thériaque, du simarouba, etc. Le 29, affaissement extrême, perte de connaissance, etc., mort.

Nécropsie. — Maigreur, infiltration sous-arachnoïdienne à la surface du cerveau et du prolongement rachidien, cerveau mou, ramollissement plus sensible de toute l'étendue de la moelle épinière; poumons sains; cœur petit, ne contenant que quelques caillots fibrineux; estomac distendu par des gaz, intestins à parois fort minces et pâles; foie normal; rate peu volumineuse, consistante; reins petits et durs.

XIVe Obs. – Jean H..., cinquante-quatre ans, de Salaune (Gironde), tempérament lymphatico-sanguin, berger, se nourrissant surtout de pain de seigle. Depuis deux ans, pendant l'été, érythème pellagreux; récemment, diarrhée, inappétence, faiblesse des membres inférieurs. Il est admis à l'hôpital le 21 avril 1852. Pouls large, à 60 pulsations; rougeur, sécheresse, rugosité, squames blanchâtres sur le dos des mains et autour des malléoles; langue normale, gargouillement de la fosse iliaque droite; abdomen tendu, indolent; selles involontaires et liquides; pas de délire, mais gaîté sans motif; douleur lombaire, faiblesse très-grande des jambes. Du 22 avril au 3 mai, même état. (Diascordium, extrait de ratanhia.) Du 3 au 6, mouvements de mastication automatiques, régurgitation des aliments, contracture des membres supérieurs, délire; décès le 6.

Nécropsie. — Amaigrissement, flaccidité des membres, cerveau de consistance normale, moelle épinière sans altération, mais liquide céphalo-rachidien abondant; poumons sains; muqueuse gastrique injectée, parsemée d'arborisations distinctes; intestins rétrécis, pâles à leur surface interne; rate dense et de forme irrégulière.

XVe Obs. — Marie M..., quarante-cinq ans, habitant le Dépôt de Mendicité, apportée à l'hôpital le 30 novembre 1852, offre des traces évidentes de pellagre. On n'obtient aucun renseignement, la malade ne répond à aucune question; elle paraît dépourvue de sensibilité, mais elle exécute quelques mouvements. Pupilles resserrées; pouls petit, 92. (Deux ventouses à la nuque, vésicatoires aux jambes, lavement avec décoction de séné, bouillon.) Pas d'amélioration, décès le 3.

Nécropsie. — Le cerveau est à peu près normal; la partie supérieure et postérieure du lobe gauche du cervelet a une couleur jaunâtre, elle est ramollie. Cette altération n'existe qu'à la superficie. La moelle épinière, examinée dans toute son étendue, est dans l'état naturel. Les viscères thoraciques et abdominaux n'offrent rien à noter.

XVIe Obs. — Jean Lapeyre, vingt-neuf ans, de Parentis-en-Born (Landes), pâtre, faible, lymphatique, se nourrissant de pain noir, cru-

cérébrale est molle; le septum lucidum est transformé en une matière pultacée. Les nerfs fournis par le cerveau sont eux-mêmes ramollis sensiblement. La cavité de l'arachnoïde crânienne et rachidienne renferme une quantité de sérosité plus considérable que dans l'état normal.

La moelle allongée paraît saine. En poursuivant l'examen du prolongement rachidien, on trouve sur l'arachnoïde, en différents points, trois ou quatre petites plaques irrégulières, d'environ 1 centimètre de diamètre; elles sont blanchâtres, consistantes, et forment des taches analogues à celles que l'on rencontre si souvent sur le cœur. Ces plaques sont évidemment des produits de fausses membranes.

Cœur peu volumineux, contenant du sang noirâtre, diffluent, et quelques caillots fibrineux; ses parois sont molles; sur sa face antérieure on voit une plaque blanche d'environ 3 ou 4 centimètres de diamètre. Poumons sains; organes abdominaux ne présentant rien de particulier, si ce n'est le colon, sur lequel se voient quelques plaques ardoisées. Rate peu volumineuse et molle.

Il résulte de ces Observations et de celles des divers auteurs, que les altérations constatées à l'examen des cadavres de pellagreux sont loin d'être constantes. En voici le résumé:

L'habitude extérieure présentait presque toujours les conséquences d'un amaigrissement progressif; on a vu exceptionnellement le contraire (Mérier, Ire Obs.). Il y a eu de la flaccidité (la plupart de mes Observations), et plus rarement de la rigidité (XVIe Obs.) des membres.

On a trouvé chez quelques sujets les membres inférieurs infiltrés (XIIe Obs.) et des eschares au sacrum (XVIIIe Obs.).

La peau n'a offert chez quelques individus que des traces peu sensibles de l'érythème pellagreux (Roussel, p. 3); plus souvent on a remarqué un état très-caractérisé des téguments du dos des mains, du coude-pied, etc. L'épiderme y est mince, luisant, dense, comme parcheminé; le derme paraît également aminci. D'après Fantonetti, l'épiderme et les couches sous-épidermiques, confondues, ont une épaisseur double ou triple de celle de l'état normal. Je n'ai remarqué cet épaississement que vers les limites de l'érythème, et plutôt aux pieds qu'aux mains.

Le centre de l'érythème a quelquefois encore une teinte brune (Becquerel). On l'a plus ordinairement trouvé décoloré.

Ces surfaces, examinées de près, présentaient des rides, des plicatures diversement entrecroisées, et des écailles ou des lamelles épidermiques plus ou moins adhérentes.

On a trouvé les os du crâne épais (Brierre, IIe Obs.), la dure-mère très-adhérente à ces os et à la surface du cerveau (mes XVIIe et XVIIIe Obs.), la faux contenant une large ossification (XVIIIe Obs.), les sinus engorgés (Ire Obs. de Roussel), l'arachnoïde cérébrale épaissie (Brierre, XIIIe Obs.), recouverte par une fausse membrane exactement limitée (ma XVIIIe Obs.), soulevée par une infiltration séreuse de la pie-mère (Obs. Ire, IVe, Ve, XIIIe de Levacher, etc.; Brierre, IIe Obs.; ma XVIe Obs.; d'après Strambio, cette sérosité est salée; Levacher, XIIe ouverture, p. 277); les vaisseaux de la pie-mère très-injectés (Martinzi, Levacher, Brierre, Roussel, p. 105, etc.).

Le cerveau était dans l'état normal (Barth; ma XIVe Obs.), quelquefois assez ferme (Brierre, XIIIe Obs.; ma XIIe Obs.), plus souvent ramolli (Roussel, Ire Obs.; Mérier, 1er malade; Cazenave, de Pau; mes XIIe, XIIIe et XVIIIe Obs.); ce ramollissement peut avoir épargné la substance blanche (Cazenave). Les ventricules cérébraux contenaient un épanchement séreux assez considérable (Levacher; Roussel, Ire Obs.; Mérier; Willemin). J'ai trouvé le liquide cérébro-rachidien abondant (mes XIIe et XVe Obs.). Dans un cas, une petite lame osseuse adhérait à l'éminence *nates* droite (Levacher, Ve ouverture). Le cervelet s'est montré induré et injecté (Martinzi), ramolli (Becquerel). J'ai observé le ramollissement partiel de cet organe (XVe Obs.).

On a constaté l'atrophie de la moelle allongée (Mérier, Ire Obs.), le ramollissement du prolongement rachidien (Mérier, IIe Obs.; mes XIIIe et XVIe Obs.) et spécialement de sa portion blanche (Brierre, p. 356, 357, 358). Le ramollissement était borné à la région lombaire (Landouzy). Dans d'autres cas, la moelle épinière était plutôt indurée que ramollie (Roussel, p. 105). J'ai vu des taches blanches sur l'arachnoïde rachidienne, et les nerfs du cerveau plutôt ramollis qu'indurés (XVIIIe Obs.).

Diverses altérations ont été remarquées dans les poumons, telles que inflammation (Landouzy, Barth), tubercules (Roussel, Ire Obs.), etc.; mais elles étaient indépendantes de la pellagre. Le cœur s'est montré flasque (Roussel) et peu volumineux chez trois des sujets que j'ai ouverts (XIIe XIIIe et XVIIIe Obs.). Il y avait chez un autre une cartilaginification des valvules de l'aorte (XVIIe Obs.).

Les voies digestives étaient altérées dans un grand nombre de cadavres de pellagreux. L'estomac était injecté (Cazenave, de Pau ; Roussel; ma XIVe Obs.), enflammé (Brierre), ulcéré (Landouzy), ramolli (Barth); les intestins étaient rouges (Becquerel; mes XIIe et XIVe Obs.), météorisés, ou rétrécis (ma XIIe Obs.); ils contenaient des lombrics (Brierre); leurs parois étaient ramollies (Roussel, Mérier). Les médecins italiens, MM. Calderini, Paolini, Labus, ont fait surtout remarquer cet amincissement. Je l'ai constaté dans ma XIIIe Observation, ainsi que la pâleur du tube intestinal (XIIe et XIVe Obs.). On a vu des plaques et des ulcérations à la surface interne des intestins grêles et du colon (Brierre, p. 357; Landouzy, Cazenave, Barth, Becquerel, ma XIIe Obs.).

Dans un cas, le pancréas était énorme (Mérier, Ire Obs.). Le foie s'est montré plusieurs fois volumineux (Roussel, Ire Obs.; IIe Obs., Mérier). Je l'ai vu en outre entouré de fausses membranes. Il y avait un épanchement séreux dans le péritoine (XVIe Obs.). La rate était petite (Roussel; ma XIIIe Obs.), ou volumineuse (ma XVIe Obs.), molle (Roussel, IIe Obs.; ma XVIIIe), ou consistante (Martinzi; mes XIIIe et XIVe Obs.).

Ce rapide aperçu démontre que si l'encéphale ou son prolongement et si les organes digestifs présentent fréquemment des altérations graves, celles-ci ne portent pas un cachet toujours identique qui puisse être assigné comme l'indice caractéristique de la pellagre.

h. — Physiologie pathologique de la pellagre. — L'histoire de la pellagre est remplie d'obscurité. Son origine et l'époque de sa première apparition dans les pays où elle est ensuite deve-

nue si fréquente et si meurtrière sont demeurées incertaines. Ses causes n'ont point encore été déterminées avec le degré de certitude désirable.

L'influence de l'alimentation par le maïs altéré, celle d'un sol humide ou sablonneux, l'action des rayons solaires, paraissent être les conditions étiologiques les plus générales de la production de la pellagre. Mais des exceptions assez nombreuses ne permettent pas d'asseoir sur ces bases une théorie entièrement satisfaisante.

On s'est demandé si la pellagre ne serait pas le produit de la dégénérescence de quelques autres maladies graves qui ont disparu ou diminué. Ne se serait-elle pas substituée à la lèpre ou à l'éléphantiasis ? Aurait-elle succédé à la miliaire, comme le pensait Allioni ? Serait-elle une modification de la syphilis ? une sorte de scorbut ou une combinaison de celui-ci et de la lèpre ?

Ces diverses conjectures ne s'appuient que sur quelques traits d'analogie, sur quelques aperçus ; mais elles sont démenties par d'autres remarques et d'autres points de comparaison ; elles ne sont pas assez sérieuses pour réclamer une discussion, qui d'ailleurs ne conduirait à rien de positif.

Si d'un côté on a voulu trouver une certaine affinité entre la pellagre et quelques états morbides, de l'autre on a essayé de signaler des oppositions, des contrastes entre cette maladie et d'autres dispositions générales ou constitutionnelles. L'antagonisme le plus notable qu'on a indiqué, est celui de la diathèse scrofuleuse. Cette remarque a été faite surtout par M. Calderini (1), qui sur plus de 2,350 pellagreux, n'a pas vu un seul scrofuleux, par M. Garbiglietti (2), par M. Gozzano (3), qui dans des lieux bas et humides, si favorables au développement de la scrofule, n'a vu que des pellagreux.

Ces observateurs ont insisté sur ce fait que l'insolation qui

(1) *Gaz. méd.*, 1848, p. 88.
(2) *Gaz. des Hôpit.*, 1847, p. 502.
(3) *Gaz. méd.*, 1847, p. 584.

produit la pellagre est l'un des agents curatifs des affections scrofuleuses, et sur cette remarque que la constitution physique et morale des scrofuleux et des pellagreux diffère essentiellement. On peut ajouter que la scrofule est une maladie des villes, et la pellagre une maladie des champs.

Néanmoins, M. Trompeo a rencontré des individus appartenant à la même famille, atteints simultanément de ces deux genres de maladies; il les a également trouvés réunis ou se succédant chez le même individu. D'autres médecins ont vu le goître et le crétinisme coïncider avec la pellagre. M. Courty a constaté chez des pellagreux du Vernet toutes les apparences de la diathèse scrofuleuse ([1]).

Il ne s'agit donc pas ici d'une opposition réelle, d'un antagonisme absolu, mais de dispositions diverses subordonnées aux conditions hygiéniques, aux influences de localités, de saisons, etc.

L'étude attentive de la marche générale et de l'ensemble des phénomènes de la pellagre, fait reconnaître que cette maladie n'appartient spécialement à aucun système, à aucun appareil. Si elle débute par une lésion de la peau, on la voit bientôt atteindre d'autres organes plus importants : la muqueuse des voies digestives et le système nerveux. Cette progression est d'autres fois inverse. Ainsi, ce dernier système paraît quelquefois affecté le premier, comme par exemple lorsque la pellagre survient chez les aliénés. Dans ce cas, ce n'est pas plus le système nerveux qui a entraîné le développement de l'érythème que, dans la marche ordinaire, la lésion cutanée n'est, par elle-même, la raison suffisante des altérations successivement éprouvées par les voies digestives et le système nerveux.

L'aliéné, que l'on fait vivre au grand air, qui s'expose sans y prendre garde aux rayons d'un soleil ardent, qui passe avec insensibilité ou avec insouciance par les vicissitudes les plus diverses de température, d'humidité, etc., ressemble beau-

([1]) *Gaz. méd.*, 1850, p. 631.

coup à ces malheureux pâtres, vivant sans abri dans les landes, et comme abrutis par un perpétuel isolement.

Si les lésions du système nerveux ne sont pas primitives, elles deviennent du moins très-manifestes quand la maladie fait des progrès, et démontrent que la pellagre est bien une maladie générale, une affection constitutionnelle. Elle présente alors une dépression notable des forces, un dépérissement successif, résultat combiné d'une perversion des fonctions digestives, d'une nutrition imparfaite et d'une lésion profonde de l'innervation.

Il ne faut pas croire que la pellagre commence toujours par un état de faiblesse. Les médecins italiens ont constaté que dans le principe cette affection a un caractère inflammatoire [1]. Si à une certaine époque l'influence de la gastro-entérite a été exagérée, on aurait tort de méconnaître la réalité et l'importance de la colite, qui prohibe l'usage trop hâtif des toniques et des stimulants intérieurs.

Du reste, il est un point de l'histoire de la pellagre qui attend de nouvelles recherches : c'est tout ce qui concerne l'état des fluides, et spécialement du sang, problablement altérés dans cette maladie, qui porte un trouble si grave dans les fonctions nutritives.

Qu'on admette une intoxication par aliment délétère ou une combinaison de causes diverses, on arrive toujours à reconnaître dans la pellagre une modification générale de l'organisme, une véritable diathèse s'exprimant par des manifestations déterminées et presque invariables dans leur progrès. Cette expression pathologique, constante et uniforme, donne au principe de la pellagre le caractère d'une diathèse spéciale ou monogénique.

4. — Diagnostic de la pellagre. — Il est peu de maladies dont le diagnostic soit ordinairement plus facile que celui de la pellagre.

[1] Chiappa; *Gaz. méd.*, t. I, p. 340. — Liberali, Carraro, etc. (Roussel, p. 90, 91.)

L'apparition de l'érythème, son siége, son aspect, la saison pendant laquelle il se montre, son décroissement à une époque à peu près constante, la diarrhée, la perturbation ou l'affaiblissement du système nerveux, donnent des indices très-évidents de son existence.

Cependant, le diagnostic peut offrir des difficultés et des incertitudes. Selon Paolini, l'érythème a manqué dans quelques cas. Il ne constitue donc pas un signe essentiel (1). Toutefois, l'absence de ce symptôme est extrêmement rare ; elle n'a été notée qu'une fois par Calderini, sur 352 pellagreux reçus à l'hôpital de Milan en 1843 (2).

Les autres symptômes sont moins caractéristiques. Ainsi, d'assez nombreux malades ont été exempts de diarrhée ; d'autres n'ont eu aucun dérangement dans les fonctions du système nerveux, et quelquefois, ces symptômes ne se sont manifestés que quand l'érythème avait paru depuis longtemps.

L'érythème de la pellagre peut être dans son principe confondu avec celui que produit l'insolation ; l'exemple que j'ai donné le prouve. Mais ce dernier est une affection aiguë, dont la cause est évidente et la durée fort courte.

Le pityriasis rubra a de l'analogie avec l'érythème de la pellagre (3) ; mais il ne se borne pas aux parties découvertes. Il n'a pas une circonscription régulière. La desquamation qu'il produit a des caractères très-distincts.

L'eczéma qui survient à la région dorsale des mains peut offrir quelque ressemblance avec l'érythème pellagreux ; mais ses croûtes sont molles, épaisses et jaunâtres ; il détermine un suintement roussâtre, tandis que dans la pellagre il n'y en a point. La peau peut offrir des gerçures, mais leur aspect est tout à fait différent des érosions que montre parfois le derme dans l'eczéma ; celui-ci s'accompagne de prurit et non la pellagre. Les phénomènes généraux servent encore puis-

(1) Cazenave ; *Annales*, t. IV, p. 334.
(2) *Ibid.*, t. I, p. 340.
(3) Observation de M. Bouvier. (*Gaz. des Hôpit.*, 1848, p. 583.)

samment à établir le diagnostic; car l'eczéma ne trouble pas les fonctions intérieures; il semble même assurer leur bon état, tandis que la pellagre en entraîne bientôt la détérioration.

Quelques cas de pellagre ont été diversement jugés. Une malade, entrée dans le service de M. Rayer dans le mois d'août 1845, présentant un érythème fort analogue à celui de la pellagre, fut considérée par M. Brierre de Boismont comme atteinte de cette maladie, par M. Roussel comme n'en étant pas affectée [1]. Ce dernier établit son sentiment sur ce que l'érythème n'était survenu que huit ans après le développement des symptômes nerveux, et que les progrès de la maladie avaient été continus au lieu de subir l'influence des saisons. Beaucoup de variétés existent sous ces divers rapports.

Parmi les faits rapportés par M. Willemin, le quatrième peut avec non moins de raison autoriser quelques doutes. Ainsi, l'érythème n'avait paru qu'à la face, sur le nez et la joue, point aux mains. C'était en décembre. Cette affection ne dura qu'un mois. Si j'avais recueilli une observation pareille, j'aurais hésité, je l'avoue, à l'inscrire au nombre des documents relatifs à la pellagre.

8. — Prognostic de la pellagre. — Stoffella a divisé la pellagre en légère, grave et désespérée [2]. Elle est légère, ou du moins elle a les apparences d'une maladie peu grave à son début. Elle disparaît, en effet, à l'entrée de l'hiver; mais son retour annonce sa gravité.

Un individu qui présente un commencement de pellagre, et qui demeure dans les mêmes conditions hygiéniques, est menacé d'une aggravation continue ou renouvelée à certaines époques, et d'une fin prématurée.

En Italie, la pellagre tue, dans les localités où elle est en-

(1) *Gaz. des Hôpit.*, 1846, p. 44, 83, 247. — Le même dissentiment s'est établi entre ces observateurs à l'occasion d'un malade du service d'Honoré, ayant un petit érythème sur le dos de la main. (*Bullet. de Thérap.*, t. XXX, p. 378.)

(2) P. 139.

démique, le vingtième de la population. Il n'est pas facile de juger de l'influence qu'elle exerce sur la mortalité, parce qu'elle n'enlève ses victimes que successivement, et non comme le ferait une maladie épidémique. M. Lalesque, ayant compulsé les registres de l'état civil des communes de Mios, où la pellagre est fréquente, et de La Teste, où cette maladie est très-rare, a trouvé à peu près la même mortalité, 1 sur 45 ou 46 habitants [1].

La pellagre est aggravée par une alimentation grossière, par l'exposition aux vicissitudes atmosphériques, par l'état de grossesse, par l'état puerpéral, par l'allaitement. Les fièvres intermittentes ajoutent à sa gravité. La varioloïde, comme le prouve ma IV[e] Observation, peut, au contraire, exercer sur elle une influence heureuse.

La diarrhée opiniâtre entraîne un affaiblissement extrême et la mort. La folie et la paralysie sont des indices positifs d'une terminaison promptement funeste.

I. — Thérapie de la pellagre. — Le traitement de la pellagre se distingue en préservatif et en curatif.

I. *Traitement prophylactique.* — Les hygiénistes et les philanthropes se sont fortement préoccupés des moyens de préserver de la pellagre les populations qui y sont exposées.

Les conseils qu'ils ont donnés se ressentaient des idées qu'ils s'étaient formées sur la cause ou la nature de cette affection. Ainsi, la prohibition de l'emploi du maïs comme aliment était une conséquence de l'étiologie présumée de la pellagre. Toutefois, cette prohibition n'était pas absolue. Le maïs altéré étant seul réellement accusé, c'était à prévenir les altérations de ce grain qu'on devait surtout s'attacher. Dans ce but, on a proposé divers moyens de détruire le cryptogame parasite; le plus simple était de passer le maïs au four [2]. Ce procédé est employé en Bourgogne.

On a recommandé de ne se servir que de maïs de bonne

(1) *Documents*, p. 435.
(2) Roussel, p. 277, 280.

qualité [1]; mais il peut si aisément se glisser de mauvais grains parmi les bons, que la préparation par le feu ne devrait jamais être négligée. D'ailleurs, il convient de ne point faire avec cette farine du pain, lequel serait grossier et indigeste, mais de l'employer en bouillie avec du lait et du beurre, ou en galettes ou gâteaux, dont la cuisson serait plus complète [2].

Le pain de seigle de bonne qualité, les pommes de terre, sont d'un usage habituel et assez convenable. Mais l'usage du pain de froment et de la nourriture animale doit être facilité aux malades autant que possible.

Il appartient aux gouvernements de prendre toutes les mesures propres à introduire cette heureuse modification dans les habitudes hygiéniques des pays où règne la pellagre.

On a fortement recommandé l'usage du lait; il faut, de plus, conseiller l'emploi très-fréquent des bains, avertir les cultivateurs des inconvénients d'une excessive fatigue et d'une exposition prolongée aux rayons du soleil, et les engager à se vêtir de manière à garantir la peau contre cette influence si nuisible.

On a proposé, comme mesure prophylactique, d'empêcher les pellagreux de se marier [3]. Cette défense s'appuie sur la nature héréditaire de la pellagre. Elle se justifie en outre par les inconvénients d'augmenter les causes d'affaiblissement chez les pellagreux, et par l'influence fâcheuse qu'exercent sur la marche de la pellagre l'état de grossesse et l'état puerpéral. Les conseils du médecin peuvent seuls intervenir; on conçoit qu'aucune disposition législative ne saurait être prise à ce sujet.

II. *Traitement curatif.* — Les mesures hygiéniques dont il vient d'être parlé deviennent urgentes quand la pellagre s'est déjà manifestée.

Il faut alors interdire tous les travaux qui exposent à l'ar-

(1) Assandri; *Gazzetta medica, etc.* (*Gaz. méd.*, 1846, p. 581.)

(2) Roussel, p. 290.

(3) Strambio, Chiappa, Assandri. (*Transact. méd.*, t. XIII — *Gaz. méd.*, 1846, p. 531. — Roussel, p. 262.)

deur du soleil, prescrire les bains et les moyens de propreté, prohiber l'usage du maïs, du poisson sec, du porc salé, faire donner du pain de bonne qualité, des fécules, des végétaux herbacés, de la viande fraîche, et mêler avec l'eau du bon vin ou de la bière.

L'usage du lait a été préconisé (1). Calderini a fait remarquer que la plupart des pellagreux qui arrivaient à l'hôpital de Milan, en 1843, s'étaient habituellement nourris de cet aliment et n'avaient pas été préservés de la pellagre (2). On sait d'ailleurs que le lait provoque très-souvent le dévoiement. D'un autre côté, Thiéry mentionne une femme qui n'employa d'autre agent curatif que le beurre de vache, et qui guérit (3).

De ces observations diverses, il suit que si le lait a pu quelquefois être contre-indiqué, il n'en a pas moins été souvent très-utile, et je suis convaincu que, substitué dans les campagnes à la nourriture malsaine qui y est en usage, il rendrait de grands services aux individus atteints de pellagre.

Les médecins qui ont cru reconnaître dans le développement de la pellagre un caractère inflammatoire, ont conseillé les émissions sanguines. Leur emploi peut être utile chez les individus jeunes et robustes, et au début de la maladie. La saignée, employée au mois de février chez des sujets atteints l'année précédente, a pu, dit M. Lalesque, prévenir le retour des symptômes (4). Geromini a retiré de grands avantages des sangsues appliquées à l'épigastre (5). Dans les cas de congestion céphalique, les sangsues placées à l'anus, et les ventouses scarifiées apposées à la nuque et sur le rachis (6), ont produit de bons effets; mais il faut en être avare. La faiblesse succède très-vite aux apparences de la réaction et de l'état

(1) Casal, Odoardi, Balardini. (Roussel, p. 258.) — Courty; *Gaz. méd.*, 1850, p. 622.
(2) *Annales* de Cazenave, t. I, p. 340.
(3) P. 145.
(4) *Documents*, p. 454.
(5) Broussais; *Annales*, t. XIII, p. 333.
(6) Observations de M. Marrotte; *Actes des Médecins des Hôpit. de Paris*, 2e fascicule, p. 53, 57.

phlegmasique [1]; la saignée a quelquefois hâté le développement des accidents cérébraux [2].

On a essayé l'opium, le mercure, la digitale, les vomitifs, les purgatifs, etc., sans résultats avantageux contre les symptômes nerveux. Le séton à la nuque a paru plus utile [3].

Les remèdes intérieurs actifs doivent être nuisibles. Ils provoquent ou augmentent l'entérite ou la colite. Les purgatifs, si souvent essayés et prodigués, n'ont jamais été utiles. On a plus souvent été obligé de recourir aux astringents pour combattre la diarrhée. Les toniques, comme le simarouba, le quinquina, le lichen, ont pu trouver un emploi favorable. L'opium a dû leur être associé lorsque les évacuations alvines étaient liquides et fréquentes.

L'extrait de noix vomique, la strychnine, l'ergotine, ont été prescrits contre la faiblesse et la paralysie musculaire sans résultats satisfaisants.

On a souvent déploré l'insuffisance des moyens de l'art, et on n'a eu d'autre conseil à donner que celui de déplacer les malades, de les envoyer dans des lieux où la pellagre ne règne pas. Mais ce conseil est souvent inexécutable, s'il s'adresse à des individus privés de ressources et encore plus exposés aux privations de tous genres s'ils se trouvent loin de leur famille.

Les médecins des Pyrénées envoient les pellagreux se baigner à Cauterets [4] ou boire de l'eau de Labassère, et si le changement d'air influe avantageusement, il n'est probablement pas alors le seul agent de l'amélioration obtenue. Bien que M. Courty n'ait pas trouvé d'effets avantageux de l'emploi des eaux du Vernet chez une malade de cette localité [5], de trop nombreux faits attestent l'utilité de la médication sulfureuse pour que l'on ne doive pas lui accorder quelque confiance. M. Verdoux, médecin à Labassère (près Bagnères-de-Bi-

(1) Calès. (Roussel, p. 251.)
(2) Strambio. (Roussel, p. 249.)
(3) Marrotte, p. 53.
(4) Roussel; *Revue méd.*, 1848, t. III, p. 49.
(5) *Gaz. méd.*, 1850, p. 596.

gorre), emploie depuis longtemps les eaux de cette source contre la pellagre. De 1840 à 1850, il a guéri 19 pellagreux ([1]). M. Cazalas a confirmé ces résultats ([2]), qui l'ont été de nouveau dans un rapport du Conseil d'hygiène des Hautes-Pyrénées, faisant connaître par diverses observations l'utilité des eaux de Labassère, de Cauterets et de Gazost ([3]).

Mon collègue M. Costes a prescrit à l'hôpital Saint-André l'eau de Labassère dans une trentaine de cas, et en a obtenu des effets avantageux. Souvent il employait en même temps les bains sulfureux.

Quant à moi, je me suis borné à l'emploi des bains. Je ferai d'abord remarquer que les bains simples ont été trouvés extrêmement utiles par beaucoup de médecins italiens, principalement par Frapolli, Gherardini, Fanzago, Calderini ; qu'à l'hôpital de Milan ils constituaient, avec le changement de nourriture, la principale base du traitement. Ces bains étaient tièdes (27,28 Réaumur). Les malades en prenaient une quinzaine. Dans l'été de 1845, sur 352 pellagreux qui furent ainsi traités, il y en eut 160 guéris, 118 dans un état notablement meilleur, 51 seulement un peu mieux, 25 sans amélioration ([4]). M. Calderini n'employait pas les bains chez les individus qui toussaient, qui avaient une forte diarrhée ou une anasarque, ou qui étaient dans un état de consomption ([5]). Fr. Hildenbrand a recommandé les bains pour assouplir et nettoyer la peau ([6]).

L'usage des bains sulfureux naturels a été préconisé en Italie. Le Dr Paolini conseille les eaux de Porretta à l'intérieur et à l'extérieur. Il voulait, en outre, qu'on établît dans les campagnes des bains soit d'eau douce, soit d'eau salino-sulfureuse iodée ([7]).

([1]) Cazenave; *Annales*, t. III, p. 333.
([2]) *Recherches pour servir à l'histoire médicale de l'eau sulfureuse de Labassère*. Paris, 1851.
([3]) Rapport de M. Duplan. Tarbes, 1858.
([4]) Cazenave; *Annales*, t. I, p. 343.
([5]) Roussel, p. 248.
([6]) *Annales Scholæ Clinicæ Ticinensis*, t. II, p. 135.
([7]) Cazenave; *Annales des maladies de la peau*, t. IV, p. 335.

Cette idée mériterait d'être prise en sérieuse considération. Il y a déjà bien des années que je suis convaincu de l'utilité des bains sulfureux dans le traitement de la pellagre. Ils remplissent plusieurs indications importantes : ils modifient d'une manière très-rapide l'érythème, ils donnent du ton à l'ensemble de l'organisme, ils ont une action puissante sur le système nerveux. Soit qu'il s'agisse de régulariser la sensibilité, soit qu'il importe de rétablir l'énergie musculaire, on connaît l'utilité des bains thermo-sulfureux naturels. En opérant une action révulsive sur le tégument cutané, les bains sulfureux exercent encore une influence avantageuse sur les voies digestives. Ils peuvent être employés utilement quand la diarrhée est modérée.

J'ai soumis de nombreux malades atteints de pellagre à l'usage des bains sulfureux (sulfure de potassium ou de calcium, 60 à 100 gr. pour un bain), et j'en ai obtenu presque toujours de bons résultats. Je n'affirme pas que tous ces malades aient été définitivement guéris, car une fois sortis de l'hôpital, je les ai le plus souvent perdus de vue. Toutefois, il est positif qu'ils étaient alors dans un état très-satisfaisant. Je vais rapporter quelques-uns des faits recueillis; ils serviront en même temps à ajouter divers traits à l'histoire de la pellagre.

XIX[e] Obs. — Jeanne Brascassat, cinquante-huit ans, de Cussac (Médoc), mariée, sans enfant, travaille la terre, mange du pain de seigle, quelquefois du porc salé, boit de la piquette, n'est plus réglée depuis six ans; elle a eu des fièvres intermittentes.

Depuis neuf ans et pendant chaque été, apparition, sur la région dorsale des mains, d'une rougeur suivie de desquamation. Cette affection a reparu au printemps de 1850 avec une nouvelle activité; en même temps, douleurs de l'abdomen, augmentées par la pression; perte de l'appétit, nausées, vomissements fréquents, diarrhée presque continuelle, faiblesse des membres inférieurs, marche vacillante, fourmillements à la plante des pieds. Depuis quelques jours, céphalalgie, vertiges, trouble de la vue. Admission à l'hôpital le 28 août 1850. La malade offre l'état suivant : maigreur, faiblesse extrême, voix altérée, pouls petit, chaleur modérée de la peau, abdomen sensible à la pression, selles nombreuses, douleurs lombaires, érythème très-manifeste de la région dorsale des mains. Le traitement a consisté en l'emploi du diascordium et

de l'infusion de cachou, et dans l'administration régulière des bains sulfureux; du 29 août au 8 octobre, il en a été donné trente. Vers le 7 septembre, la diarrhée était moindre; le 18, elle était revenue; le 23, elle avait cessé; la faiblesse avait graduellement diminué, la marche était plus assurée, les symptômes nerveux avaient disparu, et la malade put quitter l'hôpital, le 9 octobre, en très-bon état.

XXe Obs. — Jeanne S..., trente-quatre ans, de Saint-Symphorien (Gironde), mariée, d'une constitution forte, d'un tempérament sanguin, se nourrit de pain de seigle et de viande salée; elle n'est pas réglée depuis huit mois. Il y a six ans que la pellagre s'est manifestée, reparaissant tous les étés; au printemps 1852, elle est devenue plus intense. La malade, entrée à l'hôpital le 11 août 1852, présentait l'érythème caractéristique au dos des mains, des pieds et au cou; elle éprouvait une grande faiblesse des membres inférieurs. Aucun symptôme n'était fourni par les organes thoraciques et abdominaux. Du 11 août au 4 septembre, usage régulier de bains composés avec le sulfure de potasse et le carbonate de soude. Elle sort guérie le 5 septembre.

XXIe Obs. — Jean Violet, trente ans, de Mimizan (Landes), berger, assez bien constitué, d'un tempérament sanguin, mange de la cruchade de maïs, du pain noir et rarement de la viande. Pellagre tous les printemps depuis quatre ans; trouble de la vue, diarrhée fréquente. Admission à l'hôpital le 26 novembre 1852. A ce moment, pouls dur, régulier; pupilles dilatées, appétit, goût salé à la bouche, épigastre sensible à la pression, selles liquides toutes les nuits, faiblesse des jambes. (Tisane de riz; bains avec sulfure de potasse; alimentation convenable, riz à l'eau). Disparition des symptômes qui s'étaient montrés à l'arrivée du malade. Exeat le 9 décembre.

XXIIe Obs. — Pierre Lafon, cinquante ans, de Mios (Gironde), domicilié à Cestas, bouvier, d'un tempérament lymphatique, mange du pain noir, du porc, et très-rarement du maïs; il n'a jamais eu de contact avec les troupeaux de brebis. Le début de l'érythème pellagreux date du mois d'avril 1853, aux mains, au menton et aux lèvres. Reçu à l'hôpital le 6 mai 1853, on constate : pouls presque normal, rougeur avec crevasses et squames sur la région dorsale des mains, principalement de la droite, qui présente une phlyctène assez large, remplie d'une sérosité trouble; langue normale, peu d'appétit, ventre légèrement douloureux, selles diarrhéiques, toux sèche. (Tisane de riz, bains sulfureux.) Du 7 mai au 3 juin, disparition presque complète de l'érythème; rétablissement de la santé.

XXIIIe Obs. — Bertrand Moureau, cinquante-sept ans, de Salaunes près Castelnau (Gironde), cultivateur, ne soigne pas de brebis, ne mange jamais de maïs. Atteint de pellagre avec diarrhée au commencement de mai 1855, il entre à l'hôpital le 6 juin 1855. Indépendamment de la rougeur et de la desquamation de la région dorsale des mains, il existe de grosses pustules et des crevasses avec croûtes noirâtres au poignet gauche et près du pouce, des croûtes jaunâtres au menton et à la lèvre inférieure; rougeur blafarde sur le front; une selle liquide a lieu chaque jour; il y a de l'inappétence. Du 7 au 29 juin, usage quotidien des bains sulfureux, tisane de riz, riz à l'eau, puis soupe, et plus tard nourriture solide. Disparition de la diarrhée, appétit, la peau reprend son état normal, le malade sort dans un état de parfaite santé.

XXIVe Obs. — Guillaume Clémenceau, cinquante-trois ans, de Hourtins (Gironde), laboureur, ne mange que très-rarement du maïs; d'ailleurs, il se nourrit assez bien, habituellement de soupe et quelquefois de viande. Depuis trois ans, il est atteint de pellagre pendant l'été; il n'a d'érythème que sur les mains et à la face; il n'en a pas aux pieds, qui sont toujours couverts; du reste, état général satisfaisant. Du 12 au 28 juin 1855, usage régulier des bains sulfureux. Guérison.

XXVe Obs. — Jean Maurice, quarante-deux ans, de Morcens (Landes), berger, mange des pâtes faites tantôt avec le maïs, tantôt avec le millet, quelquefois de la viande de porc; il a eu des fièvres intermittentes. En 1854, érythème qui dure trois mois. L'année suivante, cette affection reparaît sur les mains, la face et le cou, avec desquamation; faiblesse générale, intelligence très-obtuse, langue normale, appétit conservé, douleur dans les fosses iliaques, selles régulières. (Bains sulfureux.) Du 17 juin au 5 juillet 1855, disparition de l'érythème, diminution très-notable de la faiblesse; amélioration telle, que le malade veut sortir.

XXVIe Obs. — Jean Dubourq, cinquante ans, de Noaillan (Gironde), assez bien constitué, exerçant alternativement les professions de tailleur, de perruquier et de cultivateur, mange très-rarement du maïs; il se nourrit de pain, de soupe, de légumes, et quelquefois de viande de porc. Atteint de pellagre dès le commencement de mars, il a été saigné et purgé. La diarrhée s'est bientôt manifestée et a persisté. Reçu le 27 juin 1855, on constate une rougeur s'étendant des poignets au métacarpe et aux doigts, avec lamelles jaunâtres, des crevasses sur le pouce de la main gauche, un érythème et des phlyctènes sur le cou-de-pied; faiblesse générale et principalement des membres inférieurs;

appétit; l'abdomen est indolent; léger mal de gorge, langue très-rouge, vertiges, diminution notable de la vue. Ce malade n'est resté à l'hôpital que jusqu'au 15 juillet; il a pris constamment des bains sulfureux, il en a éprouvé une amélioration très-marquée.

XXVIIe Obs. — Jeanne Vidal, quarante-deux ans, de Préchac (Gironde), travaille la terre et garde les brebis, mange de la cruchade de maïs, n'est plus réglée depuis sept ans. Atteinte de pellagre dès le mois de mars 1855, elle est entrée le 5 septembre à l'hôpital. Appétit, ventre quelquefois douloureux, diarrhée, faiblesse; érythème du dos des mains; épiderme épaissi, brunâtre, crevassé à la base du pouce; état analogue sur les régions malléolaires et au cou sur la fossette sus-sternale. Du 5 au 18, tisane de riz, demi-lavements avec six gouttes de laudanum de Sydenham; soupe, riz à l'eau, usage non interrompu des bains sulfureux. Cessation de la diarrhée, retour des forces, disparition de l'érythème. Exeat le 19.

XXVIIIe Obs. — Pierre L..., âgé de trente-sept ans, berger, de la commune du Porge (Gironde), entré à l'hôpital le 5 avril 1856, se nourrit habituellement de haricots, de sardines, de choux, de lard et de pain de seigle; il ne mange que très-rarement du maïs. Il s'aperçut, il y a six ans, au mois de mai, d'une rougeur prononcée sur la face dorsale des mains; l'épiderme devint brunâtre, se fendilla, et tomba par écailles vers le mois de juin. Pendant trois ans, les mêmes phénomènes se manifestèrent à des époques analogues et se terminèrent de même. La quatrième année, la maladie reparut au mois de février et dura jusqu'à la fin d'août; elle fut accompagnée de diarrhée. La cinquième année, même retour et même marche de la pellagre; de plus, la faiblesse des membres inférieurs devint très-grande. La maladie a encore reparu au mois de février 1856; elle a fait des progrès. La région dorsale des mains offre une rougeur vive; la peau est luisante, tendue, parsemée de squames. Rougeur analogue sur la partie antérieure du cou. Appétit diminué, épigastre indolore, trois ou quatre selles liquides chaque jour, pouls normal, affaiblissement notable des membres inférieurs. Le malade assure que sa vue s'est obscurcie; il est triste, découragé; il craint de mourir. (Sous-nitrate de bismuth, 2,00; eau albumineuse, bain avec sulfure de calcium.) Du 6 au 11 avril, même traitement. 12, pouls fréquent, épigastre douloureux. (Cataplasme émollient sur cette région; tisane d'orge, bouillon froid, crême de riz.) 15. pas de fièvre, pas de diarrhée. Du 14 au 25, amélioration de jour en jour plus marquée. (Tisane de saponaire, bains avec sulfure de calcium, augmentation graduelle de la quantité des aliments.) 25, érythèmes des mains et du cou entièrement dissipés, épigastre non dou-

loureux à la pression, appétit, digestions régulières, augmentation sensible des forces; le malade se plaint d'une douleur dans le côté gauche de la poitrine : la percussion et l'auscultation n'y font rien reconnaître d'anormal. (Large emplâtre diachylon camphré sur le côté.) 24, douleur dissipée. 25, le malade se trouvant très-bien et ayant le moral rassuré, demande à sortir.

XXIX° Obs. — Jean Duolle, âgé de trente-trois ans, domicilié à Luc (Landes), où il est pasteur, jouissait d'une bonne constitution. Il ne se nourrissait point de maïs. Il eut la première atteinte de pellagre en 1851. Une légère diarrhée parut en même temps. L'année suivante, les mêmes symptômes se montrèrent avec plus d'intensité. En 1853, la pellagre ayant fait des progrès, le malade vint à l'hôpital; il en sortit à peu près guéri, et il passa assez bien les deux années suivantes. Dès le mois de février 1856, l'érythème squameux du cou et de la face dorsale des mains et des pieds s'est prononcé de plus en plus. Il y a eu une diarrhée abondante et une faiblesse générale. Le malade est entré à l'hôpital le 14 juin; il a pris chaque jour un bain avec le sulfure de calcium. La diarrhée a été combattue par la tisane de riz et un régime émollient. Les forces se sont rétablies; l'érythème s'est dépouillé de ses lamelles et a pâli. Le malade est sorti dans un état satisfaisant le 27 juin.

XXX° Obs. — Marguerite G..., âgée de quarante-sept ans, est admise à la clinique le 12 avril 1856. Elle est amaigrie et ne peut se tenir debout qu'avec beaucoup de peine; sa marche est vacillante; elle éprouve une faiblesse très-grande des membres, surtout des inférieurs. Sur la face dorsale de chaque main et sur les côtés du cou existe un érythème d'aspect particulier; la peau est grisâtre, rugueuse, résistante, comme desséchée; en certains points, l'épiderme altéré se soulève sous la forme d'écailles ternes, et laisse voir une surface luisante et rougeâtre. Interrogée sur les motifs qui l'amènent à l'hôpital, la malade semble ne pas comprendre les questions qu'on lui adresse; elle balbutie quelques mots, parfois elle a de l'incohérence dans les idées, de l'embarras de la langue; elle paraît se plaindre d'une céphalalgie très-intense avec vertiges, et de douleurs le long du rachis. Il résulte des renseignements fournis, surtout par les personnes qui l'ont accompagnée, qu'elle est souffrante depuis trois ans; que son affection remonte au printemps de 1854; qu'à cette époque, il se manifesta sur le dos des mains une rougeur vive qui se termina vers la fin de l'été par une desquamation; que pendant tout l'hiver, il n'y eut aucune apparence d'éruption, et que les parties qui en avaient été le siége offraient une surface lisse rougeâtre, analogue à la cicatrice d'une brûlure. Au mois de mars 1855, les plaques écailleuses se reproduisirent sur le dos des

casernes de la *Courtille*, de l'*Ave-Maria*, puis celle de la rue de l'*Oursine* (1). Elle parut ensuite dans la prison de *Montaigu*. En octobre, elle avait parcouru presque tous les quartiers de la capitale. On assura que dans l'espace de cinq à six mois, quarante mille individus en avaient reçu les atteintes (2).

Dans un Mémoire très-important, M. Genest (3) donna la description d'un certain nombre de faits recueillis à la Charité, à l'Hôtel-Dieu et en ville, et présenta un résumé général de tous les documents fournis sur ce sujet.

Vers la même époque, M. Hervez de Chégoin publiait des observations faites dans le sixième Dispensaire et à l'hospice Marie-Thérèse, où sur 40 pensionnaires, 36 avaient été atteints, ainsi que la supérieure et plusieurs infirmiers de cette maison (4). Des renseignements étaient communiqués par divers observateurs, parmi lesquels on peut citer François (5), Bayle (6), Prus (7), Biett (8), Maury (9), Dalmas (10), Rue (11), etc.

Broussais considérait l'affection des pieds et des mains comme un *sous-érysipèle épidémique* (12). M. Chardon, voyant dans cette affection une lésion complexe, et lui assignant pour caractère principal la sensation douloureuse des extrémités des membres, proposa de lui donner le nom d'*acrodynie* (13), qui fut accepté. Il résuma l'ensemble des recherches qui avaient été faites sur cette maladie (14), dont M. Kuhn (15),

(1) Miramond; *Dissertation sur l'affection épidémique qui s'est manifestée à la caserne de la rue de l'Oursine, dans le mois de septembre 1828.* (Thèses de Paris, 1829, n° 39.)

(2) *Revue méd.*, 1830, t. III, p. 54.

(3) *Archives*, t. XVIII, p. 232, et t. XIX, p. 63.

(4) *Journal général*, 3e série, t. VIII, p. 15.

(5) *Ibid*, p. 360.

(6) *Revue méd.*, 1828, t. IV, p. 445.

(7) *Journal général*, t. IX, p. 385.

(8) *Journal hebdom.*, 1829, t. IV, p. 300.

(9) Observations recueillies par Montault. *Journal général*, t. IX, p. 170.

(10) *Journal hebdom.*, t. I, p. 338.

(11) Thèses de Paris, 1829, n° 24.

(12) *Annales de la Méd. physiol.*, t. XIV, p. 393.

(13) De ακρεα, *extrémités*; οδυνη, *douleur*. — M. Bally avait appellé cette affection *chiropodalgie*. (*Revue méd.*, 1830, t. II, p. 48.)

(14) *Revue méd.*, 1830, t. III, p. 51 et 374.

(15) *Bullet. des Sciences médicales de Férussac*, t. XV, p. 252.

Dance [1], Delaberge et Monneret, ont aussi donné l'histoire [2].

L'acrodynie reprit avec quelque intensité dès le mois de mai de l'année 1829. Plusieurs cas furent observés à l'Hôtel-Dieu, dans les services de Borie et de Gaultier de Claubry [3]. Beaucoup d'ouvriers dans les divers quartiers de Paris offraient des lésions des voies digestives, des ophthalmies, la bouffissure de la face, que MM. Adelon et Andral rapportèrent à l'affection épidémique [4].

Ce ne fut pas seulement dans la capitale que l'acrodynie se montra. Dès l'année 1828, M. Houzelot en avait constaté l'existence dans l'arrondissement de Meaux [5], et M. Longueville près de Saint-Germain-en-Laye, chez des individus qui n'étaient pas venus depuis longtemps à Paris [6].

Dans l'automne de 1829, cette affection se montra à Coulommiers et dans les arrondissements contigus de Sézanne, Fère-Champenoise, Montmirail, Vitry [7], etc. On la vit aux environs de Corbeil, à Soisy-sous-Étiolle, où elle continuait encore en 1830 [8].

Plus tard on a rencontré quelques cas disséminés à une assez grande distance de Paris; en 1843, à Châteaudun, chez deux jeunes femmes nouvellement accouchées [9]; et en 1850, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, dans le service de M. Barrier, chez deux malades, un jeune homme de dix-huit ans et une femme de soixante-huit ans [10].

Il paraît aussi qu'en Belgique, pendant l'année 1846, l'acrodynie a affecté un certain nombre d'individus, soit dans les prisons de St-Bernard et de Gand, soit dans la ville de Bruxelles [11].

(1) *Dictionn. de Méd.*, 1832, t. I, p. 515.
(2) *Compendium de Méd. pratiq.*, t. I, p. 28.
(3) *Clinique*, t. IV, p. 82.
(4) *Lancette*, t. II, p. 68.
(5) Chardon, p. 53.
(6) *Archives*, t. XVIII, p. 310.
(7) Carquet; *Clinique des Hôpit.*, t. IV, p. 195.
(8) Chardon, p. 52.
(9) Raimbert; *Revue médico-chirurg.*, t. III, p. 355.
(10) *Gaz. des Hôpit.*, 1850, p. 71.
(11) *Gaz. des Hôpit.*, 1846, p. 204.

5. — Causes de l'acrodynie. — L'acrodynie n'a épargné ni âge ni sexe; toutefois, elle a été plus fréquente chez les adultes et les vieillards que chez les jeunes enfants, et chez les hommes que chez les femmes ([1]).

La jeunesse, la force de la constitution n'en ont pas préservé, puisque beaucoup de militaires en ont été atteints. La classe pauvre n'a pas été seule affectée, mais elle l'a été dans une plus forte proportion et avec des accidents plus graves ([2]). Souvent la maladie s'appesantissait sur toute une famille : père, mère, enfants, domestiques, étaient simultanément frappés.

Cette singulière affection s'est produite sans cause apparente. Broussais y vit les effets de fréquentes alternatives de chaud et de froid, de sécheresse et d'humidité ([3]); mais l'hiver de 1827 et 1828, après lequel l'acrodynie éclata, ne fut ni plus froid, ni plus humide, ni plus long que les autres ([4]). L'été fut variable et souvent pluvieux ([5]). De semblables conditions ont été maintes fois observées sans avoir produit d'état morbide analogue à l'acrodynie.

Les individus les plus exposés aux vicissitudes atmosphériques en furent principalement affectés, selon M. Chardon ([6]). Des militaires furent pris en revenant de monter la garde ([7]). Cependant, les personnes les plus sédentaires n'étaient pas épargnées, comme par exemple les pensionnaires de l'hospice de Marie-Thérèse.

L'acrodynie commença dans les mois de mai et de juin; elle fut intense en juillet et août. Elle était très-répandue en septembre et en octobre. Elle diminua pendant l'hiver, disparut même, pour reparaître le printemps et l'été suivants ([8]); nouveau trait de ressemblance avec la pellagre.

([1]) Villeneuve; *Archives*, t. XVIII, p. 596. — Genest; *Ibid.*, t. XIX, p. 360.
([2]) Récamier; *Revue*, 1829, t. III, p. 29. — Genest, t. XIX, p. 360.
([3]) *Annales de la Médecine physiolog.*, t. XIV, p. 397.
([4]) Genest; *Archives*, t. XVIII, p. 233.
([5]) *Ibid.*, p. 359.
([6]) P. 383.
([7]) Genest, t. XIX, p. 384.
([8]) Chardon, p. 55. — Devergie; *Gaz. des Hôpit.*, 1847, p. 375.

On pensa que les grandes agglomérations d'individus, surtout dans des localités insalubres, devaient donner la véritable raison de la production de l'acrodynie. Certains quartiers de Paris où la population était entassée dans des maisons étroites et mal aérées, en avaient été le principal théâtre. Mais beaucoup d'autres localités donnaient à cette étiologie le démenti le plus formel.

Ainsi, Vaugirard, Clignancourt, Soisy-sous-Étiolle, sont très-salubres; néanmoins, l'acrodynie y pénétra (1). La caserne de la rue de l'Oursine, de construction récente, très-régulière, très-propre, bien aérée, placée près de la barrière, entourée de jardins parfaitement cultivés, ne fut point à l'abri de la maladie. 900 individus en furent frappés dans le mois de septembre. Il y a plus : des trois quartiers dont se compose cette caserne, celui qui était le mieux exposé à l'air, au soleil, à la ventilation, fut le plus cruellement traité (2).

D'autres casernes, qui étaient loin de se trouver dans des conditions aussi favorables, comme celles de la rue du Foin et de la rue Mouffetard (3), n'eurent pas un seul malade. Un bataillon quitte l'Oursine et va loger rue du Foin : pas un homme ne tombe malade. Des soldats passent de cette dernière caserne à l'Oursine : ils présentent bientôt les symptômes de l'acrodynie (4).

A la caserne de la Courtille, où cette maladie avait pénétré, on crut reconnaître que la ventilation était imparfaite, les salles ne recevant l'air que d'un côté, les lits étant trop rapprochés, etc. On évacua ce local, on l'assainit, on pratiqua des ouvertures nouvelles, enfin on le jugea en assez bon état pour recevoir ses hôtes habituels. Ceux-ci rentrent en mars 1829, et immédiatement la maladie recommence. Faut-il en accuser les murs récemment plâtrés et encore humides, comme semble le penser M. Chardon (5)? Il serait difficile de

(1) Chardon, p. 381.
(2) Miramond, p. 8.
(3) *Lancette*, t. I, p. 82.
(4) Miramond, p. 8.
(5) P. 383.

se prononcer, après les nombreux démentis que les faits se donnaient, et surtout en se rappelant que dans les maisons voisines de la caserne, bien que très-saines et parfaitement aérées, on vit des personnes atteintes par la maladie régnante (1).

La cause de l'épidémie semblait donc attachée aux localités mêmes où elle se montrait; mais il était impossible de reconnaître sous quelles conditions fâcheuses sa production avait lieu.

On crut avoir trouvé dans le régime alimentaire la véritable cause de l'acrodynie. Cette opinion était émise avec d'autant plus d'apparence de raison, que les premiers symptômes dénotaient presque toujours un certain dérangement dans les voies digestives.

Le pain fut d'abord accusé. Cayol, comparant la maladie épidémique de 1828 à l'ergotisme convulsif, fut naturellement amené à considérer les altérations subies par le pain comme la véritable source de cette épidémie ; il faisait remarquer que le pain étant la principale nourriture de la classe indigente, il devenait infiniment probable que ses mauvaises qualités devaient avoir sur elle une action plus marquée et plus funeste que sur les classes aisées (2). Mais les habitants pauvres ne furent pas seuls atteints. Dans certains quartiers, dans certaines maisons, tous les étages étaient indistinctement affectés. A l'hospice Marie-Thérèse, le boulanger fut changé, l'épidémie n'en continua pas moins. Plusieurs religieuses mangèrent dans des maisons voisines, elles n'en furent pas mieux préservées (3). Enfin, le pain distribué dans les diverses casernes provenait des mêmes farines, de la même manutention, et cependant, comme on l'a vu, quelques casernes seulement furent envahies, et les autres furent épargnées.

Toutefois, quelques faits sembleraient indiquer que c'était bien l'alimentation qui provoquait le développement de la maladie. A l'hospice Marie-Thérèse, des personnes du dehors,

(1) Genest, p. 359.
(2) *Revue*, 1830, t. II, p. 49. — *Lancette*, t. I, p. 74.
(3) Genest, p. 358.

qui venaient y travailler et y prendre leurs repas, furent atteintes, et non celles qui n'y mangeaient pas [1].

Récamier pensa que les pommes de terre altérées devaient avoir été la cause de l'épidémie [2]. Ce ne fut qu'une conjecture qui resta dénuée de preuves.

Il en fut de même à l'égard du vin, à l'égard du sel de cuisine, accusé à Sézanne, à Fère-Champenoise [3], etc. L'analyse n'y fit découvrir aucune substance capable de produire les effets pathologiques dont la source paraissait se cacher de plus en plus [4].

On fit intervenir la contagion pour expliquer cette générale et subite diffusion de l'épidémie. Quelques faits parurent assez probants. Certaines maisons étaient comme des foyers d'active émanation. Les personnes qui y venaient contractaient la maladie. A l'hospice Marie-Thérèse, un nouveau domestique entre et est bientôt atteint. Il sort, va à la campagne et ne tarde pas à guérir. Il revient, et très-peu de temps après il rechute et se trouve contraint d'entrer à l'Hôtel-Dieu [5].

Les nouveaux soldats qui viennent habiter la Courtille ou l'Oursine paient bientôt leur tribut à la maladie épidémique, qui chez eux prend les mêmes caractères, la même marche que chez les autres individus déjà affectés.

Une fille tombe malade dans une famille; on l'éloigne, on la place au cinquième étage, en bon air; on met auprès d'elle pour la soigner une religieuse; celle-ci contracte la maladie [6].

Une dame va voir la supérieure de l'hospice Marie-Thérèse, qui était malade. Elle rentre chez elle et présente bientôt, ainsi que ses domestiques, les symptômes de la maladie épidémique [7].

Ces faits étaient sans doute propres à suggérer l'idée de la

(1) *Biblioth. méd.*, 1828, t. IV, p. 462.
(2) Genest, p. 358.
(3) Carquet, *Clinique*, t. IV, p. 195.
(4) Chardon, p. 380.
(5) Genest; *Revue méd.*, 1820, t. III, p. 31.
(6) Chardon, p. 387.
(7) *Archives*, t. XIV, p. 361.

contagion. Mais remarquons qu'ils se passaient dans le foyer même de la maladie, dans les lieux où étaient répandus les germes occultes de sa production; qu'il n'y a pas eu de propagation en dehors de la sphère d'activité de ces causes; que par conséquent on ne peut y voir des preuves très-certaines de contagion.

c. — **Symptômes de l'acrodynie.** — Il serait difficile de suivre l'ordre selon lequel les symptômes se sont produits; il vaut mieux les distribuer d'après les appareils auxquels on peut les rapporter.

I. *Symptômes fournis par les voies digestives.* — L'un des premiers symptômes qui dénotent l'invasion de l'acrodynie est l'*inappétence*. La langue n'est point rouge [1]. Des *nausées* se manifestent, ainsi que des *vomissements*. Ce dernier phénomène était très-commun à l'Oursine [2]. On a vu des malades rejeter tous les aliments qu'ils ingéraient, excepté la salade et les soupes à l'oseille [3]. La *diarrhée* a eu lieu très fréquemment. Les évacuations étaient abondantes, bilieuses; elles se faisaient sans douleurs. D'autres fois elles étaient sanguinolentes et douloureuses. Une dysenterie très-grave coïncidait avec l'acrodynie dans quelques villages des cantons de Coulommiers et de La Ferté-Gaucher.

Les voies digestives ne paraissaient pas dérangées chez un certain nombre de malades. L'appétit était bon [4]. C'étaient probablement des individus qui se rendaient dans les hôpitaux après avoir traversé la première période de la maladie.

II. *Symptômes fournis par la peau et le tissu cellulaire et par la muqueuse oculaire.* — Avec le dérangement des voies digestives coïncidait fréquemment, au début de la maladie, un *œdème* très-marqué de la face, des mains, des pieds, et quelquefois de presque tout le corps. Il n'y avait ni changement

[1] Bayle, p. 447.
[2] Miramond, p. 11.
[3] Chardon, p. 60.
[4] Chomel; *Journal hebdom.*, t. I, p. 336. — Bayle, p. 447.

de couleur à la peau, ni ecchymoses. La pression ne laissait pas d'empreinte.

Une *ophthalmie*, caractérisée par la rougeur de la conjonctive et un picotement douloureux pareil à celui que produirait un corps étranger, se manifestait, presque en même temps que l'œdème, chez les trois quarts des malades. On a vu, mais très-rarement, l'ulcération superficielle de la cornée ([1]).

La peau était le siége de diverses altérations :

1° La plus fréquente a été un *érythème* occupant la paume des mains et la plante des pieds. Il était très-marqué au niveau des articulations phalangiennes, où l'on observait parfois de la tuméfaction ([2]). Cet érythème ressemblait plus ou moins aux engelures. La pression du doigt effaçait la rougeur, qui reparaissait bientôt ([3]). L'étendue et la forme de cet érythème présentaient d'assez nombreuses différences; c'était parfois une ligne rouge, droite ou recourbée et comme serpigineuse ([4]). C'est cet exanthème qui a fait appeler par Alibert l'acrodynie un *érythème épidémique* ([5]). La rougeur et le gonflement se dissipaient ordinairement avant les autres symptômes; mais ils pouvaient reparaître ([6]).

2° Chomel a vu chez un malade une éruption tout à fait analogue à la roséole ([7]). Dans quelques cas, on aurait pu la comparer à l'urticaire ([8]).

3° Il a existé d'autres fois des petites papules coniques, surtout manifestes dans les régions occupées par l'érythème ([9]).

4° Dans d'autres cas, c'étaient des taches, tantôt cuivreuses, pareilles à celles que la syphilis engendre, tantôt rouges, livides, semblables à celles de l'ecchymose. On observait sur-

([1]) Genest, t. XIX, p. 69.
([2]) Chardon, p. 66.
([3]) Genest, t. XIX, p. 69.
([4]) Chardon, p. 62.
([5]) *Dermatoses*, p. 11.
([6]) Genest, t. XIX, p. 69.
([7]) *Journal hebdom.*, t. I, p. 336.
([8]) Chardon, p. 62.
([9]) Genest, p. 72.

tout ces dernières aux jambes [1]. Elles pouvaient dénoter une altération du sang. En Belgique, en 1846, la cyanose et l'algidité comptaient au nombre des symptômes de l'acrodynie [2]. A Paris, malgré leurs apparences sinistres, ces taches ecchymotiques n'étaient pas de longue durée [3].

5° Des phlyctènes se sont souvent formées sur les pieds et sur les mains. Ouvertes et séchées, elles se reproduisaient pendant un certain temps. C'est principalement chez les enfants que Villeneuve les observa [4]. Elles étaient assez fréquentes à Soisy-Sous-Étiole.

6° A Coulommiers et à La Ferté-Gaucher, il survenait des ulcérations, qu'on aurait dit syphilitiques.

7° On a vu se développer des pustules analogues à celles de la variole [5], ou des espèces de furoncles à marche lente et douloureuse [6].

8° L'épiderme offrait un épaississement notable aux pieds, aux mains, surtout vers la pulpe des doigts, et quelquefois au niveau des articulations des membres. Il devenait *jaunâtre* [7]; plus souvent *brun* ou même *noirâtre*. Du reste, cette coloration n'a pas été générale. Fréquente à la prison militaire de Montaigu, elle ne s'est pas montrée aux casernes de l'Oursine [8] et de la Courtille [9].

Cette teinte brune se propageait sur l'abdomen, le cou, les plis des grandes articulations. Elle était très-rare à la face. Elle formait des taches parfaitement circonscrites. L'épiderme a été considéré comme le siége exclusif de cette coloration anormale, qui peut-être dépendait d'une lésion du pigment.

9° L'épiderme se détachait par lambeaux. Cayol en mon-

(1) Genest, p. 70.
(2) *Gaz. des Hôpit.*, 1846, p. 204.
(3) Genest, p. 70.
(4) *Archives*, t. XVIII, p. 597.
(5) Chardon, p. 62.
(6) Genest, t. XIX, p. 72.
(7) Hervez de Chegoin; *Journal général*, t. VIII, p. 16.
(8) Genest, p. 384.
(9) Chardon p. 67.

trait à ses leçons des fragments qui avaient la largeur de la main [1]. Cette desquamation ne s'opérait pas seulement aux extrémités des membres. Chomel vit tout l'épiderme du mamelon se détacher comme une calotte [2].

Cette desquamation se renouvela deux fois chez plusieurs malades de la caserne de l'Oursine [3]; elle fut quelquefois douloureuse. C'était principalement lorsqu'il y avait eu des phlyctènes que l'épiderme se détachait largement. Il était remplacé par un épiderme nouveau, très-fin, recouvrant des surfaces rouges et fort sensibles. Cet état spécial avait reçu de Biett le nom d'*érythème exfoliatif* [4].

III. *Symptômes offerts par le système nerveux.* — Les phénomènes nerveux étaient constants, mais très-variés.

Le plus ordinaire, celui qui se montra dès le début et presque sans exception, fut un *engourdissement* ressenti aux pieds et aux mains, quelquefois à l'une de ces parties seulement, et le plus souvent aux pieds [5]. Ce phénomène, accompagné de douleurs, fut dans quelques cas à peu près le seul symptôme nerveux de l'acrodynie [6].

Une autre sensation se joignait très-souvent à l'engourdissement. C'était un *fourmillement*, rapporté principalement aux pieds.

Non-seulement les malades se plaignaient de ce sentiment de formication incommode, mais ils éprouvaient des élancements pénibles, des douleurs aiguës aux extrémités affectées. Ces *douleurs* s'exaspéraient par la pression, par la chaleur du lit, par le mouvement; elles rendaient la marche impossible. Le contact des souliers de cuir était très-fatigant. Les malades préféraient des sabots ou des chaussures de lisière [7]. Ces douleurs étaient indépendantes de l'érythème; elles exis-

(1) *Revue*, 1830, t. II, p. 51.
(2) *Journal hebdom.*, t. I, p. 336.
(3) Miramont, p. 18.
(4) *Journal hebom.*, t. IV, p. 300.
(5) Genest, t. XIX, p. 63.
(6) *Ibid.*, 1re Obs., t. XVIII, p. 235.
(7) Chomel, *Journal hebdom.*, t. I, p. 333.

taient souvent, bien que la peau ne manifestât aucune altération apparente.

La sensibilité n'était pas seulement exagérée aux extrémités; chez plusieurs individus, toute la peau se trouvait dans le même état d'*hypéresthésie*. Ils croyaient sentir des corps pointus, des aiguilles les perçant de toutes parts. Prus a vu cette douleur généralisée chez un jeune homme de vingt-sept ans (1). On dit que le célèbre Picard, atteint d'acrodynie et de pneumonie, ne pouvait supporter le contact des objets les plus mous, des draps les plus fins; il laissa tomber de ses mains, parce qu'il en éprouvait une douleur trop aiguë, un verre qu'il avait voulu porter à sa bouche (2).

Chez quelques malades, la sensibilité était plutôt affaiblie qu'exaltée. L'engourdissement était porté jusqu'à l'*insensibilité*. La pression, les changements de température, n'étaient pas perçus. Ces malades perdaient leurs souliers en marchant sans s'en apercevoir (3). Ils avaient la vue et l'ouïe très-faibles.

Des aberrations de sensibilité, et principalement de sensibilité tactile, s'observaient chez divers individus. Ils croyaient marcher sur du coton ou sur des épines; le toucher leur donnait des sensations inexactes. Ils se plaignaient d'un sentiment de froid très-vif ou de chaleur brûlante, sans que la température de leur corps fût notablement altérée. Le goût présentait quelquefois une certaine perversion.

La contractilité musculaire n'est point demeurée étrangère aux phénomènes de l'acrodynie. Quelques malades ont eu des *spasmes*, des *soubresauts de tendons*, des *crampes*. Ces symptômes étaient assez fréquents chez les malades de la Pitié (4). M. Genest a observé chez un individu des soubresauts de tout le corps, comme une sorte de tressaillement général (5). D'autres fois il existait une *paralysie musculaire*.

(1) *Journal général*, t. VIII, p. 390.

(2) Rue; Thèse, p. 13. — Dance; *Dictionn. de Méd.*, t. I, p. 517.

(3) Chomel; *Journal hebdom.*, t. I, p. 334.

(4) Chardon, p. 67.

(5) P. 75.

Le sommeil était souvent troublé, soit par l'agitation, soit par les douleurs. L'*insomnie* avait également lieu, bien que le malade souffrît à peine ou qu'il n'eût qu'un léger engourdissement [1].

Malgré les souffrances ou le malaise qu'ils ressentaient, certains malades conservaient un grand calme moral ou même leur gaieté habituelle. C'est ce qu'on vit à la caserne de la rue de l'Oursine [2].

IV. *Symptômes fournis par les appareils de la circulation et des sécrétions.* — Les malades étaient ordinairement sans fièvre. Quelquefois ils avaient une *fièvre continue,* avec des exacerbations et des rémittences irrégulières. Le sang sorti de la veine était tantôt couenneux, tantôt non couenneux [3].

L'embonpoint était parfois à peine diminué; plus souvent il y avait un *amaigrissement* notable. Ce symptôme coïncidait avec la coloration brune de l'épiderme.

Des *sueurs* très-copieuses, locales ou générales, se manifestaient, tantôt avec régularité, tantôt irrégulièrement, et plus souvent la nuit que le jour.

A Coulommiers et à Corbeil, des malades présentèrent les symptômes de l'ascite [4].

On a vu chez quelques femmes des engorgements des ganglions lymphatiques de l'aissèle qui ont suppuré.

Au début, divers individus avaient présenté une tuméfaction peu persistante des testicules. Dans l'arrondissement de Coulommiers, M. Aliès vit des blennorrhées. Du reste, les fonctions génitales ne s'accomplissaient qu'avec peine; elles étaient suivies d'une extrême fatigue [5]. Chez les femmes l'aménorrhée était fréquente.

d. — Marche de l'acrodynie. — On a cru pouvoir partager la marche de l'acrodynie en périodes distinctes. Cayol en avait

(1) Chardon, p. 66.
(2) Miramont, p. 13.
(3) Genest, t. XIX, p. 75.
(4) Chardon, p. 65.
(5) *Ibid.*, p. 66.

admis deux, Genest trois. Mais il n'y avait aucun ordre fixe dans l'apparition des symptômes. Toutefois, la maladie débutait généralement par un dérangement marqué des voies digestives, un œdème des pieds ou des mains, et un engourdissement ou des élancements dans ces parties. On observait quelquefois, en outre, des taches érythémateuses ou ecchymotiques et l'ophthalmie.

Dans la deuxième épidémie de la Courtille, en mars 1829, la maladie débutait par l'extinction de la voix, le serrement et le picotement de la gorge, l'oppression, et chez quelques-uns par un vomissement de sang (1).

Dans une deuxième période survenaient les altérations les plus notables de la sensibilité et de la myotilité, et les changements de couleur de l'épiderme.

Une troisième période était marquée par le déclin de ces divers symptômes et l'entrée en convalescence (2).

Ces symptômes n'offraient pas une intensité égale. Tantôt l'érythème paraissait dominer, s'accompagnant seulement d'engourdissement ou de semi-paralysie des membres, tantôt c'était l'œdème, d'autres fois les altérations de couleur de la peau.

On dit que M. Bally vit, à la Pitié, des malades qui n'offraient que de simples dérangements des fonctions digestives et des taches à la peau (3). Mais étaient-ce bien de véritables cas d'acrodynie? Quoi qu'il en soit dans la majorité des cas, les symptômes nerveux étaient les plus ordinaires et les plus opiniâtres. La paralysie surtout persistait longtemps (4).

On a constaté, dans certaines circonstances, une sorte de *périodicité*, spécialement dans les phénomènes nerveux, dans les douleurs et les élancements, dans la toux. Il se manifestait comme des espèces d'accès, soit le jour, soit la nuit (5).

(1) Chardon, p. 69.
(2) Genest, p. 78.
(3) *Ibid.*, p. 77.
(4) Chardon, p. 68.
(5) *Ibid.*, p. 70.

En Belgique, en 1846, l'acrodynie présenta des intermittences très-marquées (1).

e. — **Durée de l'acrodynie.** — L'acrodynie n'a point eu de durée fixe. Elle fut très-courte à la caserne de l'Oursine. Ayant commencé le 3 septembre, elle avait cessé le 24 du même mois (2). Elle fut fréquemment de plusieurs semaines et même de plusieurs mois. Des malades provenant de l'hospice Marie-Thérèse n'étaient pas encore rétablis après quatre ou cinq mois de souffrances (3).

f. — **Terminaisons de l'acrodynie; anatomie pathologique.** — Le rétablissement de la santé ne s'opérait que d'une manière lente et graduelle. On a vu les symptômes décroître plus rapidement d'un côté du corps (4). A l'Oursine, une éruption de zona parut coïncider avec la rapidité de la guérison, et former comme une crise favorable (5).

Il y eut dans cette caserne d'assez nombreuses *récidives* (6). Ce n'étaient quelquefois que de simples recrudescences, survenues après une notable amélioration. Au bout d'un certain temps, les récidives furent moins à craindre. Ainsi, quand les soldats rentrèrent à la caserne de la Courtille, la maladie se montra, non chez ceux qui déjà l'avaient eue, mais chez ceux qui n'en avaient pas été encore atteints (7).

L'acrodynie s'est rarement terminée par la *mort*. C'étaient presque toujours des coïncidences qui amenaient cette fatale terminaison.

Dans quelques cas, où les membres inférieurs étaient complétement paralysés, on avait pu supposer que la moelle épinière était réellement malade. Cette conjecture fut confirmée

(1) *Gaz. des Hôpit.*, 1846, p. 204.
(2) Miramont, p. 27.
(3) Bayle; *Revue*, p. 449.
(4) Genest, 6e Observation.
(5) Miramont, p. 14.
(6) *Ibid.*, p. 13.
(7) Chardon, p. 69.

par un fait recueilli à la Salpétrière dans le service de M. Piorry, et communiqué par l'interne M. Bosc. Il existait chez une femme de soixante-quatre ans un ramollissement blanc de la partie antérieure de la moelle épinière, depuis la septième dorsale jusqu'au renflement lombaire; mais cet état pouvait avoir commencé antérieurement à l'acrodynie (1).

M. Dalmas trouva de la sérosité dans les ventricules cérébraux; la moelle et les nerfs ne présentaient aucune altération (2). Dans l'arrondissement de Coulommiers, l'acrodynie fut suivie d'atrophie générale, de friabilité des os et des phalanges spécialement. Les nerfs étaient sains (3).

Chez un sujet qui mourut des suites d'une hernie étranglée, le cerveau, la moelle épinière, les nerfs, étaient à l'état normal, excepté les deux nerfs sciatiques, qui offraient à leur surface une teinte rouge très-prononcée. Les muscles étaient aussi très-colorés (4).

Une femme, qui avait été tourmentée de dysurie, avait la vessie pleine d'un liquide purulent (5).

Chez un individu qui succomba à la Charité, et dont le cadavre fut examiné par M. Louis avec le soin le plus scrupuleux, aucune lésion notable ne fut remarquée (6). Il en a été de même plusieurs autres fois (7).

g. — Physiologie pathologique de l'acrodynie. — Peut-on mieux aujourd'hui qu'à l'époque où régna l'épidemie de Paris, se former une juste idée de cette maladie si singulière? Il est plus facile de dire ce qu'elle n'était pas que d'expliquer ce qu'elle fut réellement.

Broussais n'y avait vu qu'une inflammation de la peau se propageant aux extrémités des nerfs, et de celles-ci vers les

(1) *Lancette*, t. I, p. 390.
(2) Rue; Thèse, p. 30. — Dans un cas, *phlébite de la céphalique*. (Requin; Thèse, p. 20.)
(3) Alibs. (Chardon, p. 73)
(4) Genest, 9e Obs., t. XVIII, p. 251.
(5) Rue; Thèse, p. 29. — Requin; Thèses de Paris, 1829, no 21, p. 17.
(6) *Journal hebdom.*, t. I, p. 336.
(7) Rue: Thèse, p. 21. — *Clinique*, t. III, p. 36.

troncs. Il avait prédit que les tissus fibreux ne tarderaient pas à s'altérer aussi; qu'on verrait des tumeurs blanches, des états lardacés et squirrheux se produire et nécessiter l'amputation des membres (1). Voilà bien les systématiques, avec leur imagination, avec leurs illusions et leurs déceptions! L'acrodynie n'était certainement pas une phlegmasie. Elle n'en avait ni la marche ni les symptômes; et le traitement, excellente pierre de touche, ne donna que des résultats négatifs.

Le système nerveux parut être le point de départ des principaux phénomènes morbides (2). La moelle épinière fut considérée comme le siége le plus probable de l'affection (3), et cependant on n'y trouva de lésion notable que dans quelques cas exceptionnels.

L'acrodynie est l'une de ces nombreuses affections qui attestent que les organes de l'innervation peuvent être modifiés dans leur vitalité et dans leur action, sans présenter des traces ou des preuves sensibles d'altération matérielle. Le mode pathologique devait se rattacher à l'hypersthénie d'abord, à l'ataxie ensuite, et à l'hyposthénie vers la fin.

Cette lésion nerveuse n'était probablement pas la seule; il y avait peut-être aussi altération des fluides. Récamier était allé jusqu'à voir dans l'acrodynie une sorte de scorbut (4). Mais à l'époque où ces suppositions pouvaient être vérifiées, on s'occupait très-peu des fluides de l'organisme, et on s'en tenait à de simples conjectures. Rien n'est donc démontré à cet égard.

L'acrodynie donne une nouvelle preuve des rapports du système nerveux avec les affections cutanées.

N'avons-nous pas vu dans le zona la liaison d'un exanthème et d'une névralgie? dans le lichen, l'association d'un état nerveux et d'une éruption papuleuse? dans la pellagre, la manifestation simultanée ou successive des symptômes cu-

(1) *Annales physiologiques*, t. XIV, p. 393.

(2) Prus; *Journal général*, t. IX, p. 400.

(3) Hervez de Chegoin; *ibid.*, t. VIII, p. 20. — Chardon, p. 385.

(4) *Journal des Progrès*, t. XI, p. 235.

tanés, des lésions des fonctions digestives et des troubles profonds du système nerveux?

Ces rapprochements conduisent à des aperçus vrais, mais ils n'éclairent point assez la théorie de la maladie. Il demeure inexpliqué comment l'acrodynie fit, dans une localité plus ou moins circonscrite, et sans cause appréciable, une apparition subite, et comment elle disparut. En général, les endémies sont fixes, et il faut des siècles pour les modifier.

Des effets aussi mobiles, aussi peu permanents, devaient faire supposer des causes passagères; et cependant, lorsque les investigations de la science, dans ce siècle éclairé et scrutateur, ne pouvaient faire défaut, rien de solide, de positif, ne vint révéler la véritable étiologie de l'acrodynie. Aucun changement notable, soit dans l'atmosphère et dans les conditions locales, soit dans l'hygiène des habitants, n'a pu rendre raison ni de l'arrivée ni du départ de l'épidémie, et le mot de l'énigme est encore à trouver.

4. — Diagnostic de l'acrodynie. — Quelques symptômes saillants servent à établir le diagnostic de l'acrodynie : tels sont l'engourdissement et les douleurs des extrémités des membres, l'œdème de la face, l'ophthalmie, l'érythème des pieds, les altérations de couleur de l'épiderme.

Malgré ces traits parfaitement distincts, on a cru trouver de la ressemblance entre l'acrodynie et la colique végétale ([1]), ou l'ergotisme convulsif ([2]), ou une affection rhumatismale épidémique de quelques colonies ([3]), ou une névralgie spéciale ([4]). Mais aucun de ces états morbides ne ressemble à l'acrodynie, soit par ses symptômes, soit par sa marche et sa durée. L'acrodynie demeure très-positivement une maladie toute spéciale.

([1]) Montault; *Journal général*, t. IX, p. 177.

([2]) Récamier; *Revue*, 1829, t. III, p. 29. — Ratier; *Clinique*, t. III, p. 109 et 174.

([3]) Robert; *Journal général*, t. XI, p. 309.

([4]) François; *Journal général*, t. VIII, p. 362.

i. — **Pronostic de l'acrodynie.** — Cette maladie fut généralement plus douloureuse et plus opiniâtre que grave. Différentes complications contribuèrent à la rendre funeste; mais elle put le devenir par elle-même. Chomel vit quelques malades succomber à la Charité sans aucun autre état pathologique pouvant rendre raison de la mort (1). A l'hospice Marie-Thérèse, non-seulement il y eut beaucoup de malades, mais aussi un certain nombre de morts. On en compta 18, y comprise la supérieure (2).

Il est vrai que l'acrodynie a paru généralement plus dangereuse chez les vieillards et chez ceux qui furent les premiers atteints par l'épidémie (3).

La persistance de la lésion des voies digestives, et principalement de la diarrhée, a produit l'amaigrissement, l'affaiblissement du sujet et la mort. L'opiniâtreté des symptômes nerveux amenait la paralysie des membres (4). Aux environs de Paris, l'ascite venait souvent augmenter la gravité de la maladie. L'intensité de l'érythème semblait plutôt favorable que fâcheuse. Mais la formation des phlyctènes rendait la convalescence fort longue (5).

L'acrodynie a paru exercer une influence favorable sur des affections nerveuses d'un autre genre. Prus a vu une femme, âgée de cinquante-un ans, épileptique depuis dix-huit mois, ayant chaque jour une ou deux attaques, cesser d'en avoir pendant le cours de la maladie régnante (6).

k. — **Traitement de l'acrodynie.** — Aucun moyen n'a paru posséder une efficacité marquée. La maladie semblait plutôt s'user par le temps que guérir par le secours des remèdes (7).

La chaleur du lit augmentait souvent les douleurs. Les ma-

(1) *Journal hebdom.*, t. I, p. 336.
(2) Genest, t. XIX, p. 79.
(3) *Ibid.*, p. 82.
(4) Chardon, p. 71.
(5) Miramont, p. 26.
(6) *Journal général*, t. IX, p. 385.
(7) Prus; *Journal général*, 3e série, t. IX, p. 399.

lades de la Courtille se tenaient assis sur leurs lits, ou ils allaient se promener dans les cours [1].

Ils refusaient les bons aliments qu'on leur offrait et ils préféraient la soupe à l'oseille. Récamier avait prescrit le suc de cette plante [2]; il conseillait aussi l'usage des bains dans lesquels on avait versé quatre litres de vinaigre. Ce moyen n'eut pas un succès digne d'être noté [3].

Les antiphlogistiques ont pu avoir quelque utilité au début de la maladie [4]; la saignée convenait quand le sujet présentait un état inflammatoire assez évident [5]; mais c'était le cas le plus rare. M. Bally obtint quelques effets avantageux de l'application des sangsues le long de la colonne vertébrale [6].

Les évacuants ont été mis en usage sans succès bien prononcés. Récamier tenta l'émétique à haute dose et y renonça. On eut recours au calomel sans plus d'efficacité.

Cayol, admettant une certaine analogie entre l'acrodynie et la colique végétale, se servit du traitement dit *de la Charité*, usité dans la colique des peintres. Sur 13 sujets, 6 guérirent [7]. Bayle, qui l'employa aussi, obtint quelque amélioration, mais non une guérison rapide [8]. L'Herminier et M. Andral n'eurent que des résultats variés et même quelquefois des effets fâcheux [9].

L'huile de croton tiglium fut donnée à la dose de deux gouttes, répétée plusieurs fois; Duchesne trouva ce moyen utile [10]. Les purgatifs salins furent employés avec succès en Belgique [11] et à Lyon [12].

(1) Miramont, p. 25.
(2) *Clinique*, t. III, p. 393.
(3) Genest, t. XVIII, p. 241.
(4) Miramont, p. 25.
(5) Gueneau de Mussy; *Archives*, t. XVIII, p. 597.
(6) Chardon, p. 374.
(7) *Lancette*, t. I, p. 74.
(8) *Revue*, 1828, t. IV, p. 432.
(9) Genest, p. 377.
(10) Chardon, p. 376.
(11) *Gaz. des Hôpit.*, 1846, p. 204.
(12) *Ibid.*, 1850, p. 71.

Il était assez naturel de tenter les narcotiques dans une maladie qui s'accompagnait souvent d'une grande exagération de la sensibilité. L'opium diminua un peu les douleurs des membres; mais il fut moins efficace contre les coliques et la diarrhée. On eut recours à la belladone sans succès, ainsi qu'à la valériane et à l'assa-fœtida (1).

Récamier a essayé l'extrait de noix vomique; s'il a obtenu de l'amélioration (2), d'autres ont échoué (3). M. Aliès a prescrit le gayac et la liqueur de Van-Swieten, et paraît en avoir retiré quelque avantage (4).

Le sulfate de quinine a été porté jusqu'à 2 grammes sans succès (5). Cependant, ce médicament a modifié quelques symptômes dont le retour était périodique (6).

Les bains ont été quelquefois utiles, spécialement les bains sulfureux, dans les salles de Chomel (7) et à l'hôpital Saint-Louis (8). Il en a été de même des douches de vapeur (9), des douches d'eau salée sur les membres (10), des bains alcalins et des bains avec addition d'acide hydrochlorique; ceux-ci facilitaient le détachement de l'épiderme, noirci et épaissi (11).

Des vésicatoires ont été appliqués sur diverses parties, sur le rachis, sur la tête du péroné, etc. On a tâché de provoquer une suppuration abondante en irritant la peau avec la pommade ammoniacale (12). Ces révulsifs ont eu des effets plus ou moins avantageux. Le moxa sur le rachis n'a pas mieux réussi (13).

(1) Genest, p. 377.
(2) *Revue*, 1829, t. III, p. 31.
(3) Rullier, Andral. (Clairat; Thèses de Paris, 1829, n° 6, p. 7 et 9.)
(4) Chardon, p. 378.
(5) Genest, t. XIX, p. 379.
(6) Chardon, p. 377.
(7) *Lancette*, t. I, p. 234. — Kahn; *Bullet. des Sc. méd.*, t. XV, p. 260. — Rue; Thèse, p. 28.
(8) Genest, p. 378.
(9) Chomel; *Journal hebdom.*, t. I, p. 337.
(10) Récamier; *Lancette*, t. II, p. 101.
(11) Biett; *Journal hebdom.*, 1829, t. IV, p. 300.
(12) Chardon, p. 375.
(13) Genest, p. 379.

Duparcque a beaucoup vanté le liniment ammoniacal [1]; mais ses succès dataient surtout de la fin de l'épidémie (septembre 1829).

On a fait des frictions variées avec des substances calmantes. De simples frictions, longtemps et lentement exercées, apaisaient les douleurs [2]. Des cataplasmes émollients appliqués à la plante des pieds ont quelquefois diminué l'érythème [3].

En un mot, c'est plutôt une médecine des symptômes qu'une thérapie directe, rationnelle et efficace, qu'on a dirigée contre l'acrodynie.

IV. — ÉLÉPHANTIASIS DES GRECS.

L'éléphantiasis des Grecs est une maladie générale ou diathésique, très-grave, fort lente dans ses progrès, ordinairement réfractaire aux moyens de l'art, se manifestant par trois séries de symptômes : 1° par des altérations de la peau et de quelques muqueuses, consistant en des taches, des tubercules et des ulcérations; 2° par des lésions du système nerveux, conduisant à l'abolition de la sensibilité; 3° par des troubles profonds de la nutrition, ayant pour résultats l'atrophie, la désorganisation, le sphacèle.

Ces traits principaux de l'éléphantiasis des Grecs ne se manifestent ni dans tous les cas, ni avec le même degré d'intensité. Lorsque ceux de la première série dominent, la maladie est appelée *lèpre tuberculeuse;* si les phénomènes de la seconde l'emportent et s'unissent à ceux de la troisième, il en résulte une autre forme nommée *lèpre anesthétique*.

L'éléphantiasis des Grecs diffère essentiellement de l'éléphantiasis des Arabes et de la lèpre vulgaire. L'emploi des mots *éléphantiasis* et *lèpre,* sans détermination précise, a été une source d'embarras et d'erreurs. Beaucoup d'observations sont restées stériles par l'impossibilité de les rattacher à l'un ou à

(1) *Nouvelle Biblioth. méd.*, 1829, t. III, p. 342.
(2) Service de Cayol; *Lancette*, t. I, p. 233.
(3) Genest, p. 377.

l'autre de ces genres. Il est vrai que plusieurs auteurs n'ont voulu voir dans ces diverses maladies que des degrés ou des formes du même état morbide. Ainsi, Gerlach (1), Raymond (2), Schilling (3), Hensler (4), Ruette (5), Fournier (6), M. Pierquin (7), M. Gibert (8), M. Devergie (9), ont cru reconnaître des analogies suffisantes, sinon pour les confondre, du moins pour les grouper très-étroitement. Mais il n'existe réellement entre elles aucun lien de parenté nosologique. Les symptômes et surtout les causes les distinguent et les séparent. La pellagre elle-même avait été assimilée aux lèpres; c'était encore le résultat d'une appréciation peu rigoureuse. L'éléphantiasis des Grecs est une maladie spéciale, différente de toutes les autres, ayant une physionomie et des caractères parfaitement tranchés.

a. — Historique de l'éléphantiasis des Grecs. — Peu de maladies ont une chronologie aussi ancienne. On la fait remonter au temps de Job, dont la maladie aurait offert quelques rapports avec cette lèpre dévorante. Mais cette opinion a trouvé de sérieux contradicteurs (10). Les Hébreux avaient, indépendamment de la lèpre blanche ou *leucé*, une autre affection plus grave encore (11), le *tsarâth* (12), à laquelle on a reconnu

(1) *De elephantiasi*. Francof. Oder., 1694.

(2) *Hist. de l'éléphantiasis*. Lauzanne, 1767.

(3) *De lepra*. Traj. ad Rhenum, 1769. (Baldinger; *Sylloge select. opuscul.*, t. III, p. 1.)

(4) *Beytrage zur, etc.* Hamb., 1790. (*Comment. de rebus gestis Lips.*, t. XXXIII, p. 695.)

(5) *Essai sur l'éléphantiasis et les maladies lépreuses*. Paris, 1802.

(6) Article *Éléphantiasis* du *Dictionnaire des Sciences méd.* en 60 vol., t. XI, p. 401.

(7) *Journ. des Progrès*, t. XI, p. 142.

(8) *Bullet. de l'Acad. de Méd.*, t. XIV, p. 116. Cependant, dans son *Traité des maladies de la peau*, M. Gibert expose dans deux chapitres très-distincts l'histoire de l'éléphantiasis des Grecs et celle de l'éléphantiasis des Arabes.

(9) Il rapproche toutes les maladies appelées *lèpres*, et les divise en *lèpres avec hypertrophie*, et *lèpres avec atrophie*. (*Maladies de la peau*, p. 529.)

(10) Reiske; *De morbo Jobi difficillimo periscylacismo græco, etc.* Helmstad, 1685. — Wolfgangus Wedelius; *De morbo Hiobi*. Iena, 1689. — Roussille-Chamseru; *Réflexions sur la maladie de Job*. (*Mém. de la Soc. méd. d'Émulat.*, t. II, p. 501.)

(11) *Lévitique*, chap. XIII, v. 2.

(12) M. Cazenave propose de consacrer cette dénomination, en l'affectant à l'éléphantiasis des Grecs. (*Maladies de la peau*, p. 401.)

beaucoup de ressemblance avec l'éléphantiasis des Grecs [1]. Ce fut pour la dompter que Moïse imposa des prescriptions à la fois religieuses et hygiéniques. Cette maladie existait en Égypte, comme l'attestent divers témoignages [2], et peut-être était-elle fréquente en Phénicie, à l'époque où cette contrée fut occupée par les Israélites. Aussi est-ce à elle qu'on a rapporté cette annotation d'Hippocrate, que la plus grave des lèpres était la maladie phénicienne [3].

Ce fut dans des régions voisines qu'Aretée l'étudia et en fit une peinture si fidèle, si saisissante, que de nos jours encore elle peut servir de type. Cette affection était déjà appelée *éléphantiasis*, parce qu'elle passait pour la plus redoutable des maladies, comme l'éléphant est le plus volumineux et le plus fort des animaux. On la nommait aussi *leontiasis*, parce qu'elle donne au visage un aspect effrayant; *satyriasis*, parce qu'elle s'accompagne de l'excitation libidineuse des organes sexuels. Aretée montre l'éléphantiasis déformant la face par ses tubercules saillants, distincts et nombreux; tuméfiant les sourcils, le nez, les lèvres, les oreilles; faisant tomber les poils; donnant à la peau la rudesse et l'inégalité du cuir de l'éléphant; produisant des ulcérations, des désorganisations et la chute successive du nez, des doigts, des mains ou des pieds, permettant néanmoins à la vie de se maintenir. Il ne manque que peu de traits au tableau tracé par Aretée [4]. Cette description si exacte justifie mieux que tout autre motif

(1) Roussille-Chamseru; *Mém. de la Soc. méd. d'Émulat.*, t. III, p. 385.

(2) Lucrèce cite l'*elephas* comme maladie propre aux rivages du Nil. (*De natura rerum*, lib. VI, v. 112.)

(3) Hippocrate; *Prædict.*, lib. XI, n° 49. — Les manuscrits ont offert des différences très-grandes dans le passage dont il s'agit. Les uns, et principalement Foës, ont écrit φθινικη (*Opera Hipp.*, p. 114), faisant ainsi dire à Hippocrate que les lèpres blanches sont une des maladies les plus mortelles, comme celle qu'on nomme *consomption*. Mais Galien avait écrit νουσος φοινικικος, et le sens de la phrase en devient plus intelligible, en même temps qu'elle exprime un fait historique assez important, c'est-à-dire que *les lèpres deviennent de nature mortelle, comme la maladie phénicienne*. (Wolfgangus Wedelius; *Propempticon inaug. de morbo Phœnicco Hippocratis*. Iéna, 1702.)

(4) Aretée; *De causis et signis morborum*, trad. Wigan, ed. Boerh., folio. Lugd.-Batav., 1731, lib. XI, p. 67.

la désignation, consacrée par le temps, d'éléphantiasis *des Grecs*.

C'est probablement encore dans la Syrie qu'Archigène d'Apamée avait observé cette maladie; mais elle n'était confinée ni en Égypte ni dans quelques provinces occidentales de l'Asie. Elle avait paru en Europe, chez les Gaules surtout, où déjà de nombreux remèdes lui étaient opposés [1]. Elle était rare en Italie, où Celse ne la connut que par des informations plus ou moins précises [2]. Galien l'avait vue peut-être à Alexandrie; mais il en parle à peine, et encore n'est-ce que pour faire jouer un rôle à la bile noire et pour célébrer les vertus merveilleuses de la vipère [3]. Marcellus, de Bordeaux, qui devint maître des Offices sous Théodose et Arcadius, avait eu sans doute l'occasion de voir l'éléphantiasis chez les Gaules; du moins il l'indique d'une manière assez exacte [4]. Il est présumable qu'Aétius l'avait observée en Égypte; néanmoins, il aima mieux copier la description d'Archigène [5].

Les médecins arabes avaient eu de trop nombreuses occasions de voir l'éléphantiasis pour le passer sous silence; mais au lieu de prendre le nom donné par les Grecs, ils se servirent des termes *djoudzan* [6], *dsjuddam, alzuzam, jazam* [7], *judam, juzam,* qui furent traduits par le mot *lèpre*; d'où il suit que les dénominations d'*éléphantiasis des Grecs* et de *lè-*

(1) Aretée dit : *Alia item medicamenta sunt innumera Celtarum, quos hac tempestate Gallos vocant, etc.* (*De curat. morbor. diuturn.*; liber secund., cap. XIII, p. 135.)

(2) *De re medica*, lib. III, cap. II, sect. XII, p. 153.

(3) *Opera. De humorib.*, p. 35 et 36. — *De tumorib. præter nat.*, p. 43. — *De arte med. ad Glauc.*, XI, p. 10. — *De simplicium medicam.*, lib. XI, sect. V, t. II, p. 77.

(4) Marcellus; *De medicam. lib.*, cap. XIX. (*Artis medicæ principes*, éd. Henri Étienne, t. I, p. 322.)

(5) *Tetrabibl.* IV, serm. I, cap. CXX, éd. Henri Étienne, p. 663.

(6) Albucasis; *De chirurg. ed. Arab. et Lat.* Oxoniæ, 1778, éd. de Channing, s. XLVII, p. 94.

(7) Avicenne; *Opera. Canon*, lib. IV, fen. III, tract. III. — Le traducteur d'Haly-Abbas rend le mot *jazam* par *elephanta*. (Boeck et Danielssen, p. 5.) Haly-Abbas avait divisé la maladie en celle qui produit la chute des membres, et celle qui ne la produit pas. (*Ibid.*, p. 33.)

pre des Arabes sont synonymes [1]. Quelques auteurs ont même adopté ce dernier nom [2].

Mais déjà nous sommes entrés dans une nouvelle phase. L'éléphantiasis des Grecs n'avait pas cessé parmi les Hébreux, malgré l'observation des lois de Moïse, et on put attribuer à ses cruelles atteintes la mort de Lazare [3]. Lorsque plusieurs siècles après il fit irruption dans presque toute la chrétienté, Louis le Jeune plaça ses victimes sous le patronage de Saint-Lazare; il créa un ordre dont le grand maître devait toujours être un lépreux [4]. La lèpre elle-même était alors en honneur, parce qu'on la croyait envoyée du Ciel pour le salut des âmes; les malades étaient pansés et soignés par les personnages les plus éminents, logés et nourris dans des maisons spéciales [5], dont le nombre prouve à quel point s'éleva celui des individus atteints [6]. Plus tard, ces malheureux devinrent un objet d'horreur et de méfiance; on tint leur maladie pour éminemment contagieuse; ils furent séquestrés dans les léproseries hors des villes. En y entrant ils devaient renoncer à la vie civile. Ils assistaient eux-mêmes à l'office des morts célébré en leur faveur. Ils ne pouvaient plus disposer de leurs biens; le divorce était de droit. Si, par exception, on leur permettait d'approcher des villes, ils devaient annoncer leur présence par le son d'une petite cloche ou d'une crécelle. Ils ne pouvaient entrer dans les maisons et étaient obligés de rester à distance des personnes. Accusés, en 1321, d'avoir voulu empoisonner les fontaines et les rivières en s'y baignant,

(1) Lorry emploie ces deux noms. (*De morb. cut.*, p. 276.)

(2) Turner; *Maladies de la peau*, t. I, p. 1. — Fuchs; *De lepra Arabum*. Virceb., 1831. Lorsque, dans le cours de ce chapitre, le mot *lèpre* sera employé, il signifiera *lèpre des Arabes*.

(3) Forest; *Obs. chir.*, lib. XI, p. 106. — Fallopia; *Opera*, t. I, p. 268. — Greg. Horstius; *Obs. med.*, sect. IV, p. 388. — Cette opinion est combattue par Freige; *De morbo Lazari*. Halæ-Magdeburg., 1733.

(4) Moehsen; *De medicis equest. dign. orn.*, p. 56. (Sprengel; *Hist. de la Médecine*, t. II, p. 370.)

(5) On les a appelées *misellaria, ladreries, maladreries, lazaretti, léproseries, etc.*

(6) En France, sous Louis VIII, il y avait 2,000 léproseries. (Velly, Villaret et Garnier; *Hist. de France*, t. II, p. 291.) — En Europe, au XIIIe siècle, on comptait 19,000 léproseries; en Angleterre, Norfolk en avait 18, Norwich, 20, etc. (Danielssen et Boeck, p. 131.)

ils furent définitivement bannis de la société ou même brûlés ([1]).

L'augmentation considérable du nombre des lépreux en Europe, pendant le moyen âge, fut attribuée à l'influence des Croisades; mais il y en avait beaucoup même avant la première. Grégoire de Tours mentionne un hôpital et des bains destinés à cette catégorie de malades. En 615, après un tremblement de terre, l'éléphantiasis s'était répandu à Rome et avait défiguré un grand nombre de personnes ([2]). En 643, Rotharis, roi des Lombards, publiait des lois sévères contre les lépreux. Dans le VIII[e] siècle, Othmar, en Allemagne, et Nicolas, abbé de Corbie, en France, construisaient les premières léproseries ([3]).

Ainsi, ce ne furent pas les Croisés qui à leur retour de la Palestine infectèrent l'Europe. Toutefois, on doit convenir que ce fut l'époque où la lèpre se répandit avec le plus de fureur. Lese xcès d'abord, les revers et la démoralisation ensuite, et peut-être des causes générales qui ont échappé à l'appréciation des investigateurs, ont pu contribuer à ce résultat; mais la lèpre ne fut pas la seule conséquence de ces grandes perturbations de la santé publique. C'était aussi la période où le feu Saint-Antoine, où la plique, où le scorbut, où la syphilis, où le rachitis faisaient leur apparition, comme quelques siècles auparavant, la variole, la rougeole, la scarlatine, avaient fait la leur. Le séjour des Européens en Syrie, en Palestine, en Égypte, berceau de l'éléphantiasis, les disposa sans doute à contracter cette cruelle maladie, et ils purent la répandre ensuite, non par la contagion, mais par voie d'hérédité.

Vers la fin du XV[e] siècle, elle parut décroître. On se relâcha dans le XVI[e] de la rigueur des mesures adoptées contre les lépreux. Selon A. Paré, la lèpre s'était réfugiée le long de la Méditerranée. En Angleterre, la diminution faisait aussi des

([1]) Manuscrit de la Biblioth. impér. sous le n° 10298, avec le titre de *Chronique abrégée de France, 1383*. (Fuchs; *Lepra Arabum*, p. 71.)

([2]) Sigonius; *Hist. Italiæ*. Francof., 1591, lib. XI, p. 33. (Fuchs, p. 71.)

([3]) Raymond, p. 107.

progrès partiels et inégaux ([1]). Dans le nord de l'Europe, elle semblait au contraire non-seulement ne rien perdre de son intensité, mais en acquérir une plus grande.

Du XI[e] au XVI[e] siècle, l'éléphantiasis des Grecs fut décrit par de nombreux observateurs, parmi lesquels on peut citer Constantin l'Africain ([2]), Théodorick ([3]), Gilbert l'Anglais ([4]), Gordon ([5]), Arnaud de Villeneuve ([6]), Gadesden ([7]), Fernel ([8]), Leon. Fuchs ([9]).

L'Europe centrale avait présenté, dans le XVII[e] siècle, l'extinction successive de l'éléphantiasis des Grecs. Mais ce fléau ne devait pas disparaître de la surface du globe. Il a continué ses ravages en une multitude de contrées, en dépit de la diversité des climats, des races, des usages et des conditions hygiéniques. Jetons un coup d'œil sur les différentes régions du globe où, depuis le siècle dernier, il a régné et règne encore :

Prosper Alpin avait observé l'éléphantiasis des Grecs en Égypte. Devenue par la suite moins fréquente, cette fatale infirmité n'en comptait pas moins, il y a cinquante ans, au nombre de ses victimes un amiral de la flotte égyptienne ([10]). Depuis, on l'a rencontrée le long de la côte septentrionale d'Afrique ([11]).

L'Asie, qui avait été à ses limites occidentales un foyer

([1]) Danielssen et Boeck, p. 183.

([2]) *De morbor. cognit. et curat.*, 1536, lib. VII. Il admet quatre genres de lèpres, sous les noms de *léonine, éléphantine, alopécienne, tyrienne*. Cette lèpre tyrienne, dont Hensler a également fait mention, se distinguait par le détachement de larges lames épidermiques, imitant le changement de peau des serpents. (*Comment. de rebus gest. Lips.*, t. XXXIII, p. 710.)

([3]) *Chirurg.*, t. III, c. LV.

([4]) *Compendium artis Med.*, in-4°. Lugd., 1510, lib. VIII, f. 330 A.

([5]) *Lilium med.*, p. 1, c. 22.

([6]) *Opera*, fol. 186.

([7]) *Rosa anglica*, lib. II, cap. VII.

([8]) *Universa medicina. Pathologia de partium morbis et sympt.*, lib. VI, cap. XIX. *De elephantia*, p. 450.

([9]) *Paradoxorum*, lib. XI, cap. XVI, p. 86.

([10]) Breton; *Journal de Leroux*, t. XXXVI, p. 369.

([11]) Deleau, à Constantine (*Mém. de Méd. militaire*, t. LII, p. 262); — Gaudineau, à Philippeville (*Ibid.*, p. 213); — Jackson, dans le Maroc (*Edinb. Journ.*, t. VI, p. 459).

spécial de l'éléphantiasis des Grecs, devait le présenter plus tard dans une multitude d'autres localités. Ainsi, il fut trouvé au Malabar par Kœmpfer [1], et ensuite étudié au Bengale avec la plus grande attention par les médecins Anglais [2], notamment par Robinson. C'est là que cet habile observateur en a distinctement signalé les deux principales variétés [3], et qu'ont été faites des recherches thérapeutiques d'un certain intérêt [4].

Cette maladie a pénétré en Chine, principalement dans les provinces de Canton, de Kwangsi, de Fukien [5], ainsi que dans l'empire du Japon, dans les îles de Java [6], de Sumatra, d'Amboine, d'Otaïti [7], etc.

Des documents nombreux nous ont appris combien l'éléphantiasis des Grecs est répandu dans les îles Maurice [8] et de la Réunion [9], de Madère [10] et des Canaries [11], de la Guadeloupe [12], de la Martinique, de la Jamaïque, de Sainte-Lucie [13], etc.

Cette maladie est également très-commune à la Guyane,

(1) *Amœnit. exoticæ*, fasc. III, obs. 8, p. 561.

(2) Ainslie; *Transact. of the roy. asiatic. Society*, t. I. — H.-H. Wilson; *Kushta or leprosy, as known to the hindus.* (*Transact. of the Med. and Phys. Soc. of Calcutta*, t. I, p. 1.)

(3) *Medico-chirurg. Transact.*, t. X, p. 27.

(4) W. Jones; *Asiatic researches*, t. II, p. 149. — Cooke; *Lettre, etc.* (*Bullet. de l'École de Méd. de Paris*, 1808, p. 95.)

(5) *Medical Times*, t. VIII, p. 407.

(6) Cleyer; *Eph. nat. curios.*, dec. IIa, ann. II, obs. V (et *Coll. acad.*, t. III, p. 531.) — Mentzelius; *De elephantia Javæ nova.* Francof. ad Viadrum, 1683.

(7) *Voyages de Cook*, t. II, p. 245; t. III, p. 404; t. IV, p. 70.

(8) Kinnis; *Obs. on eleph. as it appeared in the Ile de France. Edinb. Journ.*, t. XXII, p. 286. — *De la lèpre tuberculeuse*, par Bertin, de l'île Maurice. Thèses de Paris, 1856, no 269.

(9) Couzier; *Journal de Méd.*, 1757, t. VII, p. 406.

(10) Thomas Heberden; *Medical Transact. of the Coll. of Phys. of London*, t. I, p. 23. — Adams visite, en 1803, le lazaretto de Funchall, à Madère. Il a donné des figures de lépreux dans *Morbid poisons. Leprosy*, p. 265; London, 1807.

(11) Observations faites à Santa-Cruz de Palma, par Perez Gonzalès. Thèses de Paris, 1851, no 78, p. 20. Sur 30,000 individus, 70 lépreux.

(12) Peyssonnel et Damonville; *Philosoph. Transact.*, 1758, p. 38.

(13) Cassan; *Mémoire sur le climat des Antilles, etc.* (*Mém. de la Soc. méd. d'Émulat. de Paris*, t. V, p. 103.)

surtout à Cayenne, où Bajon l'observa, et où elle est appelée *mal rouge* (1); à Surinam, où Schilling l'étudia avec soin (2). Elle n'est rare ni au Brésil (3), ni au Pérou (4), ni au Mexique (5). On l'a vue à New-York (6); et à Tracadie, à Neguac, dans le New-Brunswick (7), au nord de la Caroline septentrionale.

Les latitudes européennes analogues en ont offert de nombreux exemples. Ainsi, l'Islande (8), les îles Feroë (9), les îles de Schetland, se rangent dans cette série. Toutefois, l'éléphatiasis avait beaucoup diminué dans ces dernières depuis l'année 1742 (10).

La lèpre de Norwége mérite une mention toute particulière, non-seulement par sa fréquence et par sa gravité, mais surtout à cause des recherches importantes et du beau travail de MM. Danielssen et Boeck (11). Ces observateurs ont conservé la dénomination de *spédalskhed*, usitée depuis longtemps en

(1) *Mémoires pour servir à l'histoire de Cayenne*. Paris, 1777, t. I, p. 250. — Bergeron; *Mal rouge de Cayenne comparé à l'éléphantiasis*. Thèses de Paris, 1823, n° 150. — Noyer; *Revue méd.*, 1834, t. II, p. 235.

(2) *De Lepra*, traj. ad Rhen., 1761. (Baldinger; *Sulloge, etc.*, t. III, p. 1.)

(3) Principalement à Minas-Geraes. Soarès, de Meirelles; Thèses de Paris, 1827, n° 6. — Sigaud; *Climat et maladies du Brésil*. (Morphœa, San Lazaro.) — Rendu, Acad. des Sciences, 1846. (*Archives*, 4e série, t. XII, p. 116.) L'éléphantiasis des Grecs y est appelé *morphée*.

(4) Visite du consul de France, en 1850, au lazaret de Quito; et *Mém. sur la lèpre*, par le Dr Rafael Echeverria, lépreux lui-même et enfermé dans ce lazaret. (*Bullet. de l'Acad. de Méd.*, t. XVI, p. 851.)

(5) Bertin; Thèse, p. 16.

(6) Plusieurs cas observés à l'hôpital de Bellevue, par Reese. (*American Journal*, 1850, january, p. 98.)

(7) Skene, Key, Toldarvy et Gordon. *The New-York Journ. of Medicine*, 1844, sept., p. 279. — *London med. Gaz.*, juin 1844. (Cazenave; *Annales*, t. I, p. 380.) — James Johnston; *Medical Times*, t. XI, p. 97.

(8) Robert; *Bullet. de l'Acad. de Méd. de Paris*, t. III, p. 316. — Thorstensen; *Mém. de l'Acad. de Méd.*, t. VIII, p. 47. (En 16 ans, sur 24,282 décès, il y en eut 209 causés par la lèpre, p. 50; néanmoins, elle a diminué.) — D'après MM. Schleisner et Hjaltelin, on compte en Islande 150 lépreux pour 52,000 habitants. (Guérault; *Observations médicales recueillies pendant le voyage scientifique de S. A. I. le prince Napoléon dans les mers du Nord*. Thèses de Paris, 1857, p. 12.)

(9) Lucas Debis; *Descript. of the Feroë islands*. (Danielssen et Boeck, p. 184.)

(10) Arthur Edmondston; *Edinb. Med. and Surg. Journ.*, 1810, t. VI, p. 161.

(11) *Traité de la spédalskhed, ou éléphantiasis des Grecs*, trad. du norwégien par M. Cosson (de Nogaret), avec atlas de 24 planches. Paris, 1848.

Scandinavie, en l'appliquant aux deux formes de l'éléphantiasis des Grecs.

Cette maladie, anciennement connue dans ces contrées ([1]), règne surtout dans la province de Bergen ([2]), où fut établie une léproserie dès l'année 1276 ([3]); elle est moins répandue dans les départements de Trondhjem, de Molde et de Christiania.

La Suède offre encore moins de spédalskhes ([4]). Mais il en existe un assez grand nombre dans la Bothnie orientale ([5]) et dans l'Esthonie ([6]). On en a observé jusque dans le Kamtschatka ([7]).

Voilà donc cette cruelle maladie solidement implantée dans des contrées très-froides, comme elle s'est montrée vivace et meurtrière dans les régions équatoriales. Mais elle n'a pas entièrement abandonné la zone tempérée de notre hémisphère. Rencontrée par Gmelin et Pallas ([8]) près de Cherson et d'Astracan, elle a été décrite par de Martius sous le nom de *lèpre taurique* ou de *Crimée* ([9]).

La Grèce antique ne connut point l'éléphantiasis d'Aretée, ainsi que l'atteste le silence d'Hippocrate; mais la Grèce moderne n'a pu s'en garantir. En 1840, il y avait 162 lépreux ou spédalskhes en Messénie, en Laconie et dans diverses îles ([10]). M. Boeck en a visité 88 dans ces provinces. M. Pallis a con-

([1]) Bartholin; *Acta Med. et Phil. Hafniæ*, 1671-1672, Obs. 49. — Martin; *Mém. de l'Acad. de Suède*, 1760, t. XXI. (*Comment. de reb. gest. Lips.*, t. XI, p. 211; — et *Coll. Acad.*, part. étrang., t. XI, p. 285.)

([2]) Heiberg; *Bullet. des Sciences méd.* de Férussac, t. XIII, p. 227.

([3]) Danielssen et Boeck, p. 182.

([4]) Retzius, réponse à Trompeo. *Annali universali di Medicina*, oct. 1840. (*Annales de Thérapeut. de Rognetta*, 1844, p. 396.)

([5]) Uddman; *De lepra*. Upsal, 1763. (Linné; *Amœnitates Acad.*, t. VII, p. 94.)

([6]) Meyer. — Albrecht. — Brandt. — Riga, 1825. (*Bullet. des Sciences méd.* de Férussac, t. X, p. 346.)

([7]) Jnosemzoff; *Gaz. méd. de Russie*. (Cazenave; *Annales des maladies de la peau*, t. II, p. 160.)

([8]) Sprengel; *Hist. de la Méd.*, t. V, p. 606.

([9]) Henr. de Martius; *De lepra Taurica*. Lipsiæ. (Jos. Frank; *Delectus opusculorum*, t. II, p. 167.) L'identité de ces maladies est avérée. (*Ibid.*, p. 176.)

([10]) Danielssen et Boeck, p. 185.

firmé ces observations en 1842 [1]. Les îles de Chypre [2], de Crète [3], de Rhodes [4], de Samos [5], d'Eubée [6], ont offert des exemples nombreux de cet éléphantiasis, qui n'a pas épargné l'île de Malte [7].

L'Italie conserve beaucoup de lépreux dans sa région septentrionale, c'est-à-dire dans le Piémont et surtout dans les provinces de Nice et de Gênes. Foderé en observa plusieurs à Pigna et à Castel Franco en 1805 [8]; Valentin à Chiavari, en 1820 [9]; Fuchs dans cette dernière ville et à Nice [10]; M. Boeck à Turin [11], à Varazze près Gênes, à Comachio, dans le Ferrarois [12]. M. Trompeo et M. Costa ont signalé dans le Congrès scientifique de 1843 une multitude de cas d'éléphantiasis des Grecs dans les États-Sardes [13], et spécialement dans la Ligurie, où sa présence a été souvent constatée par M. Bo [14]. Enfin, le Dr Bonafous écrivait, en 1848, qu'une léproserie, composée de 400 individus, existe encore à San-Remo, entre Nice et Gênes [15].

La côte maritime opposée, c'est-à-dire le littoral de la Catalogne, Reus et les environs de Tarragone, ont offert plusieurs lépreux [16]. Il en existe aussi en Portugal, à Braga [17], à Serpa dans l'Alentejo [18].

(1) *Annali univers.* (*Journ. des Connaiss. méd.-chir.*, 1842, p. 247)
(2) Raymond; *Hist. de l'éléph.*, p. 24.
(3) Sieber. (Fuchs, p. 7.) — Danielssen et Boeck, p. 523.
(4) Danielssen et Boeck, p. 524.
(5) Bertin; Thèse, p. 47.
(6) Pallis; *Journ. des Connaiss. médico-chirurg.*, 1842, p. 247.
(7) Danielssen et Boeck, p. 186.
(8) *Journ. complément. du Dictionn. des Sciences méd.*, t. IV, p. 3.
(9) *Voyage médical en Italie*, p. 353.
(10) *Lepra Arabum*, p. 15.
(11) Danielssen et Boeck, p. 523.
(12) *Ibid.*, p. 185.
(13) *Med. Times*, t. X, p. 41.
(14) *Annales des Maladies de la peau*, t. III, p. 137.
(15) *Bullet. de l'Acad. de Méd.*, t. XIV, p. 115.
(16) Fuchs, p. 10.
(17) Vieira da Cruz, de Braga; *De l'éléphantiasis des Grecs.* (Thèses de Montpellier, 1857, no 3, p. 7.)
(18) Imbert; Thèses de Paris, 1837, no 335, p. 22.

La France en comptait dans le siècle dernier; les bords de la Méditerranée avaient été leur dernier refuge. Joannis [1], Raymond [2], Vidal [3], Valentin [4], en observèrent à Martigues, à Vitroles; Boeck, à Rognes [5]; Fuchs, près de l'étang de Berres, ainsi que dans le département de l'Aude, à Leucate, dans les Pyrénées-Orientales, à Saint-Laurent de Salance [6], et à Montpellier même [7].

L'éléphantiasis des Grecs a été importé dans diverses villes d'Europe. Ainsi, un malade de Southey, à Londres, venait de Bombay [8]. Un autre, dont Lawrence a donné l'histoire, était originaire des États-Unis [9]. Les faits de ce genre sont assez multipliés. Les exemples recueillis à Montpellier par M. Lordat [10], à Paris par Capuron [11], par Goguelin [12], par Alibert [13], par Fuchs [14], par MM. Rayer [15], Raisin [16], Cazenave [17], Gibert [18], Imbert [19], Bertin [20], etc., provenaient encore de source exotique [21].

(1) *Med. Obs. and inquiries*, t. I, p. 201.

(2) *Hist. de l'éléphantiasis*, p. 22.

(3) *Mém. de la Soc. royale de Méd.*, 1776, t. I, p. 161; et t. V, p. 192.

(4) *Bullet. de la Faculté de Méd. de Paris*, 1807, p. 48; 1808, p. 145.

(5) Danielssen et Boeck, p. 186 et 521.

(6) *De lepra Arabum in maria Mediterranei littore septentrionali observata*. Wirceburgi, 1831, p. 12, 13 et 15.

(7) Fuchs, p. 11. C'étaient un cordonnier de cette ville et un autre malade venant de Grenoble. (Obs. 8.)

(8) *Medico-chirurg. Transact.*, t. VI, p. 217.

(9) *Ibid.*, p. 210. *Journal de Leroux*, t. XXXVI, p. 374.

(10) Matelot génois en esclavage à Tunis (*Journal général, ou Recueil périodique., etc.*, t. XXII, p. 178.)

(11) *Biblioth. méd.*, 1810, t. XXX, p. 326.

(12) *Bullet. de la Faculté de Méd. de Paris*, 1810, p. 91.

(13) *Journ. complém.*, t. II, p. 159.

(14) Fuchs rapporte deux Observations recueillies à l'hôpital Saint-Louis sur des individus venant des Antilles.

(15) *Maladies de la peau*, t. II, p. 316.

(16) Thèses de Paris, 1829, n° 248, p. 23.

(17) (Nouvelle-Orléans.) *Journ. hebdom.*. 1829, t. III, p. 157.

(18) *Maladies de la peau*, p. 385, 398 et 402.

(19) Thèses de Paris, 1837, n° 335.

(20) Thèse, 1856, n° 268, p. 17.

(21) M. Devergie a rapporté une Observation d'éléphantiasis des Grecs indigène, le malade était du département du Cher. (*Maladies de la peau*, p. 535.)

L'éléphantiasis des Grecs que j'ai vu à Bordeaux était aussi de provenance étrangère. Neuf cas se sont offerts à mon observation. Indépendamment des cinq dont les détails vont être exposés, j'ai eu l'occasion d'examiner un homme de cinquante ans originaire de la Martinique, une dame de quarante-cinq ans qui arrivait de la Nouvelle-Orléans, une autre femme d'âge moyen qui était du Brésil, et un homme natif de Bagnères-de-Bigorre, âgé de cinquante-six ans, qui en avait passé vingt-huit à l'île Bourbon. Je n'ai pas conservé sur ces faits des notes assez précises. Quant aux observations suivantes, elles ont été recueillies avec la plus grande exactitude. La première présente un exemple de l'éléphantiasis tuberculeux à son début, la seconde à sa dernière période, la troisième offre un cas de marche rapide, la quatrième est un fait d'éléphantiasis anesthétique; la cinquième présente cette circonstance que la maladie ne s'est développée que six ans après l'arrivée du sujet en France.

Ire OBSERVATION. — L. C... est issu d'un père français et d'une mère créole (l'un et l'autre bien portants); il est né à la Guadeloupe, où il a vécu jusqu'à l'âge de neuf ans. A trois ans, il eut aux jambes et aux cuisses des taches auxquelles on ne porta qu'une faible attention. Mais après l'âge de sept ans, ces taches s'étendirent, et les mains et les pieds parurent s'engorger. Les parents étant informés de quelle maladie ce jeune enfant était menacé, se décidèrent à l'envoyer en France. Il arriva à Bordeaux dans le mois d'août 1817. On attendit d'abord les effets du changement de climat. On ne remarqua pendant quelque temps ni amélioration ni aggravation; mais en janvier 1819, la tuméfaction des extrémités augmenta, la couleur et l'aspect de la face se modifièrent. Je fus appelé dans le mois d'avril.

Cet enfant, âgé de onze ans, paraissait assez bien conformé. Sa stature était en rapport avec son âge. Il avait la peau brune, les cheveux châtains, un embonpoint médiocre.

La face était tuméfiée, d'une teinte livide, parsemée de saillies arrondies et rénitentes. Les paupières offraient un état analogue. Le lobule des oreilles était allongé, volumineux; le nez large, épaté, tuméfié, avec les narines évasées; la membrane nasale paraissait épaissie, et la respiration était un peu gênée à cause du rétrécissement des cavités olfactives.

Sur le thorax se remarquaient des taches d'un jaune bistre; il y en avait aussi sur le col et sur les côtés de l'abdomen.

Les avant-bras, les mains, les jambes et les pieds étaient gonflés et recouverts d'un épiderme squameux. Les surfaces palmaire et plantaire offraient cet état à un aussi haut degré que les régions dorsales.

La sensibilité était émoussée en ces diverses parties; mais le mouvement y était facile et les forces musculaires ne paraissaient pas diminuées.

La voix était très-peu altérée. Le pouls donnait 70 pulsations par minute; la chaleur de la peau était normale, la perspiration cutanée ordinaire, l'appétit bon et les digestions se faisaient assez bien.

Je conseillai l'usage des bains tièdes, de pilules dans lesquelles entraient le soufre doré d'antimoine et le carbonate d'ammoniaque, et l'habitation de la campagne.

Je revis ce jeune malade le 28 août. Les taches avaient pâli, de grandes écailles épidermiques s'étaient détachées, les extrémités étaient moins tuméfiées, la face n'avait pas changé. Il était survenu quelques accès de fièvre tierce qui s'étaient dissipés spontanément; il y avait eu aussi un peu de diarrhée. Le traitement fut suspendu pendant huit jours, puis il fut repris.

Pendant l'hiver de 1819 à 1820, il survint aux orteils du côté gauche quelques ulcérations dont la circonférence était d'un rouge plombé et le centre grisâtre. Des pansements réguliers avec la poudre de quinquina et le baume d'Arcéus, amenèrent une cicatrisation assez solide qui se maintint pendant le printemps et l'été. L'état général était le même.

L'hiver de 1820 à 1821 vit reparaître les ulcérations du gros orteil gauche; mais les taches du thorax avaient diminué et la peau des mains était plus souple; en même temps, les tubercules du nez et du front avaient augmenté. L'un de ceux-ci s'était ouvert et bientôt après refermé; les autres étaient devenus un peu rouges. Sur la jambe gauche s'était formée une large tache d'un gris ardoisé, irrégulièrement circonscrite, avec sécheresse de la peau. Cette surface n'était point douloureuse, mais elle conservait encore un peu de sensibilité. Des squames épidermiques la recouvraient. Au côté interne des deux jambes, on sentait de distance en distance des tumeurs phymateuses sous-cutanées, indolentes, sans changement de couleur de la peau. Deux d'entre elles se sont ouvertes à la jambe droite et ont formé une ouverture ronde, étroite et fistuleuse.

Dans le mois d'avril, quatre autres ulcérations se sont ouvertes à la jambe droite, circonscrites par des bords blafards, et donnant un fluide ichoreux; les tubercules des membres inférieurs se sont multipliés. Les ganglions inguinaux sont tuméfiés et un peu sensibles à la pression, tandis que les ulcères, les tubercules et les taches sont d'une insensibilité absolue. Les orteils qui avaient été ulcérés sont guéris.

Le 4 mai, un nouvel ulcère s'est formé à la jambe droite. L'une des tumeurs du nez s'est ouverte et aplatie. De petites saillies pisiformes, superficielles, dermiques, ont envahi les joues, le front, le menton. Le malade y sent un peu de démangeaison. On y voit quelques pertuis, comme ceux des follicules sébacés. La muqueuse buccale présente de la rougeur derrière les incisives supérieures.

Dans les premiers jours d'août, j'ai donné la teinture d'iode à la dose de cinq ou six gouttes, trois fois par jour, dans un véhicule abondant. Il y avait eu de la rougeur dans la muqueuse buccale; l'inflammation a augmenté. Il est survenu quelques points d'érosion sur la voûte palatine. L'iode a été suspendu.

Il était évident que l'éléphantiasis suivait sa marche progressive. On désira conduire le jeune malade à Paris. Je ne sais ce qu'il devint.

IIe Obs. — Mlle Tit..., âgée de quarante ans, native de la Guadeloupe, avait joui d'une très-bonne constitution. Son tempérament était nerveux et sanguin, sa sensibilité vive et son moral gai. Elle avait toujours habité les bords de la mer, son régime était sain. Étant encore dans son pays, elle éprouva, à l'âge de trente-trois ans, un sentiment d'ardeur très-pénible à la plante des pieds; puis il survint aux extrémités inférieures, aux genoux, aux mains et aux bras, des taches sur lesquelles se formaient des écailles minces; ensuite s'élevèrent graduellement, sur différentes parties, des espèces de tubérosités. Mlle T... vint en France, et je fus consulté dans le mois d'octobre 1819. Toute la peau offrait une couleur fauve; la face présentait un grand nombre de taches d'un gris jaunâtre, et des tubercules durs et saillants qui altéraient et déformaient les traits. Le nez était épaté et parsemé de ces éminences et de croûtes jaunâtres. Les ouvertures nasales étaient rétrécies, l'odorat nul; la conjonctive, épaissie, formait comme un bourrelet autour de la cornée; la vue était très-faible; les oreilles étaient allongées avec les lobules mamelonnés. Les lèvres, volumineuses, luisantes, rouges, sensibles, présentaient quelques croûtes. La voûte palatine était tuméfiée et parsemée d'érosions; la langue rouge, les tonsilles gonflées; toute la cavité gutturale tapissée par une matière muqueuse blanchâtre, épaisse; la déglutition était très-difficile, l'haleine extrêmement fétide, la voix rauque et presque entièrement éteinte. Il y avait une toux fréquente, surtout le soir, avec expectoration abondante, muqueuse et spumeuse; le pouls devenait souvent fréquent, les fonctions digestives restaient assez régulières; toutefois le goût était nul, excepté pour le café; la menstruation avait cessé depuis six mois. Les pieds et les mains étaient déformés, épaissis; les doigts arrondis, ulcérés; les ongles entourés de croûtes jaunâtres; la station et la marche à peu près impossibles. La sensibilité cutanée n'était pas nota-

blement diminuée, mais celle des muqueuses était émoussée. La faiblesse générale fit des progrès rapides, et la malade succomba au bout de quelques mois. Je m'étais borné à ne conseiller que quelques palliatifs, convaincu d'avance de l'impuissance de l'art, surtout à une période aussi avancée de la maladie.

IIIe Obs. — C... est né en 1818 à l'île Maurice; son père était de Bordeaux, sa mère Créole. A l'âge de vingt-quatre ans il commença à présenter les symptômes de l'éléphantiasis tuberculeux. Ces symptômes furent d'abord attribués à la syphilis, et les mercuriaux furent administrés, peut-être prodigués. La maladie empirant, M. C... partit pour la France et se rendit d'abord à Paris, où il vit, en novembre 1843, plusieurs dermatologistes célèbres; en même temps, il se livra sans mesure au penchant vénérien, qui était chez lui très-développé. Il vint à Bordeaux, et je fus consulté en janvier 1844. La face était hérissée de tubercules, le corps couvert de taches, l'insensibilité très-marquée sur les parties affectées; il ne restait aucun doute sur le caractère de la maladie. Le médecin ordinaire et moi nous conseillâmes l'usage des eaux de Luchon et le séjour prolongé dans cette localité. Cet avis fut suivi, et le malade demeura dans les Pyrénées pendant dix-huit mois. Après ce temps, C... revint à Bordeaux; son état n'était nullement amélioré. Il se livra à divers modes de traitement, et il mena une vie fort déréglée. On le soumit à l'alimentation très-substantielle, à l'usage du camphre, aux bains de guano, aux médicaments arsénieux, aux pommades mercurielles iodurées. Saturé de remèdes, ennuyé, découragé, il repartit pour Maurice en mai 1848. Pendant la traversée, qui dura cinq mois, les doigts se sphacélèrent, plusieurs phalanges se séparèrent, des symptômes de scorbut survinrent, Ce jeune homme succomba un mois après son arrivée dans son pays.

IVe Obs. — Mme G..., née à la Martinique, s'était mariée à l'âge de dix-huit ans; elle vint alors habiter la Guadeloupe. Elle eut cinq enfants, et éprouva, après le dernier, des accidents graves de métrorrhagie, un état anémique, des dyspnées, etc. Elle devint veuve à l'âge de quarante ans et tomba sérieusement malade. Le ventre était tympanisé, la faiblesse extrême; il y avait une sorte de fièvre lente. Les règles étaient cependant abondantes et le sang paraissait séreux. Néanmoins, au bout de quelques mois, Mme G... parut se fortifier; mais en arrivant à l'âge de quarante-cinq ans, elle s'aperçut que ses pieds étaient privés de toute sensibilité. Elle ne reconnut pas qu'un pédiluve était presque bouillant. Des morsures faites aux orteils ne furent pas senties. Elle approchait de cinquante ans et était encore bien réglée, lorsqu'eut lieu l'épouvantable tremblement de terre de la Guadeloupe. Mme G... per-

dit neuf personnes sur onze qui composaient sa famille ou sa maison. Quatre jours après cette catastrophe, qui avait causé un arrêt subit de la menstruation, il survint un pemphigus aux mains et aux pieds. Six mois après, nouvelle apparition de bulles, qui mettaient sept à huit jours pour se développer et autant pour sécher. Le liquide évacué était d'abord limpide, un peu jaunâtre, puis il devenait purulent; les phlyctèmes se reproduisaient sur les régions dorsales des doigts et des orteils par des causes très-légères, quelquefois par une impression morale, d'autres fois par le contact d'un corps trop chaud. Aux pieds, il se forma des escharres, qu'il fallut détacher. Il est arrivé plusieurs fois qu'après une éruption bulleuse près de l'extrémité des doigts, les ongles se détachaient et étaient remplacés par une substance cornée irrégulière. Les ongles des pieds se renouvelaient sans suppuration. Il n'y eut jamais de démangeaison en aucun point. Mme G... partit pour la France en 1845 : elle avait alors cinquante-un ans, n'était plus réglée, avait parfois encore des bulles sur les membres et des taches sur la peau. Elle retourna peu de temps après à la Guadeloupe, et y fut atteinte de douleurs comme circulaires vis-à-vis les articulations métacarpo-phalangiennes s'étendant jusqu'aux poignets. Ces douleurs durèrent huit jours, et après ce temps les mains s'atrophièrent, les doigts présentèrent successivement des rétractions. Mme G... revint en France, et passa quelque temps à Bordeaux, où elle me consulta en juillet 1850. Cette femme, âgée de cinquante-six ans, d'une assez haute taille, maigre, encore assez agissante, avait la face comme boursoufflée, avec de larges taches d'un rouge pâle et un peu livide. Son nez était élargi, ses joues et ses lèvres saillantes; mais on n'y distinguait point de tubercules. La vue était faible, sans lésion apparente de l'œil. Sur les bras, les lombes et les cuisses, il y avait de larges taches ou plaques d'un rouge livide, recouvertes de lamelles épidermiques, comme le seraient celles d'un léger psoriasis. Les mains étaient atrophiées, aplaties, renversées et concaves sur la région dorsale, convexes du côté palmaire. Les premières phalanges des doigts étaient dans une extension forcée, et par conséquent tirées en arrière, tandis que les suivantes étaient fléchies et donnaient aux doigts l'aspect d'une sorte de crochet. Les membres inférieurs étaient absolument insensibles jusqu'aux genoux; les pieds étaient gonflés, couverts de squames et plus ou moins déformés. De nombreux moyens avaient été conseillés à la Guadeloupe et à Paris. Les bains de sublimé et ceux de sulfure de potasse, les sudorifiques, les purgatifs répétés, un séton à la nuque, avaient été mis en usage, et il était parfois survenu quelque amélioration. Je recommandai l'emploi des bains gélatineux et alcalins, et des douches sur le rachis et sur les membres. Je me proposais d'essayer quelques autres moyens lorsque Mme G... fut obligée de quitter Bordeaux.

Vᵉ Obs. — M. X... est né à l'île Bourbon, d'un père européen et d'une mère créole, qui n'avaient jamais eu ni l'un ni l'autre de symptômes d'éléphantiasis. Il vint en France en 1845, âgé de dix-sept ans. Il passa quelque temps à Bordeaux, puis il se rendit à Paris. Il contracta des chancres syphilitiques; mais craignant les effets du mercure, il se borna à un traitement très-simple. En 1851, il commença à remarquer un peu de gonflement aux malléoles et des taches jaunes livides sur le tronc; la face semblait en même temps un peu gonflée et d'un rouge cuivré. On crut que ces changements étaient dus à la syphilis, et alors les mercuriaux et l'iodure de potassium furent employés avec activité. Mais sous l'influence de ce traitement, des tubercules nombreux se développèrent sur la face. En 1854, M. X... quitta Paris et se rendit à Montpellier. La chaleur du pays et de l'été aggrava notablement son état. Il survint une inflammation et un abcès près de l'angle de la mâchoire inférieure. On fit appliquer des sangsues sur cette partie, et on eut beaucoup de peine à arrêter le sang, qui parut très-séreux.

M. X... est allé à Bagnères-de-Luchon en 1856. Quelques tubercules ont paru s'affaisser, mais la maladie n'en a pas moins continué à faire des progrès. Je reçus en mars 1857 la visite de ce malade; il me montra l'état suivant :

Sa taille est un peu plus que moyenne. Il marche avec facilité. Ses cheveux sont châtains, et assez abondants; ses sourcils et sa barbe sont en partie tombés. Sur le front, sur les paupières, sur le nez et les joues, on remarque une multitude de saillies arrondies, inégales, d'un rouge cuivré, livide; les tubérosités les plus saillantes sont aussi les plus colorées; les lèvres sont grosses, les lobules des oreilles prolongés et tuberculeux. L'ensemble du visage semble recouvert par une peau tannée, d'une nuance brune un peu rougeâtre. Le tronc et les membres portent des taches d'un jaune brun grisâtre, la teinte naturelle de la peau est brune. Les pieds et le bas des jambes sont engorgés, durs, non œdémateux; l'épiderme y est épais, sec, écailleux. Les mains sont également tuméfiées; les doigts volumineux, arrondis et tapissés par une sorte d'ichthyose, qui s'étend jusqu'aux avant-bras. Il n'existe point de tumeurs inguinales. Les poils du pubis sont rares. La bouche n'est point malade Les voies digestives paraissent être en assez bon état. La voix est rauque, voilée; pour augmenter son timbre, un effort d'expiration est nécessaire. Il y a une légère dyspnée, mais pas de toux.

La sensibilité est abolie aux membres inférieurs; les sinapismes n'y produisent aucune douleur, même en étant maintenus jusqu'à la manifestation d'une phlyctène. Des étincelles tombées sur les jambes et ayant déterminé l'ustion de la peau, n'ont été nullement senties. Sur le tronc, l'insensibilité n'est pas aussi absolue, et à la face elle n'existe qu'au niveau des tubercules; tandis que, dans leurs intervalles, par

exemple aux lèvres, la peau n'a pas perdu le tact. Il n'y a jamais eu de douleurs le long du rachis. Il y en a rarement à la tête. Les organes génitaux ont un développement ordinaire; les désirs sexuels sont peu vifs.

J'engageai ce malade à aller prendre les eaux sulfureuses, mais à préférer celles qui sont froides, et dont on ne devrait élever la température que jusqu'à 30 à 32 degrés centigrades. Ce conseil a été suivi. C'est à Gazost que M. X... est allé. Il y a trouvé une diminution dans l'engorgement des membres, et plus de souplesse à la peau. Les tubercules n'ont pas continué les progrès qu'ils ne cessaient de faire. Quand je l'ai revu plusieurs mois après son retour, il m'a paru assez bien pour son état, et il a été convenu qu'une nouvelle saison serait passée à Gazost, ou à Cadéac, dont les eaux sont également très-sulfureuses.

Ce malade a essayé l'hydrocotyle, mais il s'est bien vite découragé; il a repris la solution de Fowler, dont l'usage souvent interrompu n'a pas semblé défavorable.

b. — Causes de l'éléphantiasis des Grecs. — I. *Hérédité.* — De nombreux témoignages établissent l'hérédité de l'éléphentiasis des Grecs. Couzier [1], Raymond [2], Vidal [3], Edmondston [4], Martius [5] et beaucoup d'autres observateurs ont mis cette assertion hors de doute. L'île de Madère en a présenté des preuves multipliées à Adams [6], à Heineken [7]; celle de Palma, à M. Perez Gonzalès [8]; l'Islande, à Thorstensen [9], et à Hjaltelin [10], etc. Il a été facile d'apprécier cette influence dans les localités circonscrites où tous les habitants se connaissent. Il a été possible de la constater encore par suite d'observations exactes et de statistiques régulières. C'est ce qui a été fait en Norwége, où, d'après MM. Danielssen et Boeck, sur 213 spédalskhes, la maladie était héréditaire chez 189 [11].

(1) *Ancien Journal*, t. VII, p. 408.
(2) *Histoire, etc.*, p. 14, etc.
(3) *Mémoires de la Soc. royale de Méd.*, t. I, p. 167.
(4) *Edinb. Journ.*, t. VI, p. 161.
(5) *Lepra taurica*, p. 168.
(6) *Morbid poisons*, p. 85, 266, etc.
(7) *Edinb. Journ.*, t. XXVI, p. 15.
(8) Sur 70 malades, 60 avaient des antécédents de famille. (Perez Gonzalès, p. 20.)
(9) *Mémoires de l'Acad. de Méd. de Paris*, t. VIII, p. 51.
(10) Danielssen et Boeck, p. 85.
(11) Spedalskhed, p. 335.

L'hérédité s'est manifestée par des coïncidences remarquées chez les collatéraux (Heineken) ou par l'extension de la maladie aux générations subséquentes. A Vitrolles, par exemple, le frère d'un lépreux n'avait d'autre symptôme que cette raucité de la voix qui est assez caractéristique; mais il eut deux enfants qui furent atteints de la lèpre ([1]).

On a cru reconnaître une prédisposition plus marquée du côté de la ligne maternelle, et, selon les familles, plus d'aptitude dans un sexe que dans l'autre. Ainsi, une femme atteinte d'éléphantiasis, met au monde cinq enfants : deux garçons sont affectés de cette maladie, et les trois filles en sont exemptes ([2]).

Les précautions hygiéniques les plus attentives n'ont pas toujours empêché l'éléphantiasis de se manifester quand il existait une disposition héréditaire ([3]). Cette maladie peut épargner une ou deux générations et se reproduire dans les suivantes ([4]). D'autres fois la disposition paraît s'effacer; la conformation extérieure se modifie et annonce un changement profond dans l'organisme ([5]).

Adams avait pensé que la lèpre étant héréditaire et se produisant de bonne heure, devait enrayer le développement des organes génitaux, par conséquent, rendre la reproduction impossible ([6]) et amener ainsi par elle-même l'extinction du fléau; mais elle peut se produire après la révolution de la puberté. D'ailleurs, l'éléphantiasis des Grecs se manifeste souvent sans qu'il y en ait eu dans la famille; et de plus, quand il en a existé, beaucoup de descendants peuvent échapper à cette disposition. L'influence héréditaire n'est ici ni plus absolue ni plus constante, et ne donne pas plus de chances que pour les autres maladies.

II. *Age*. — Fernel avait avancé que l'éléphantiasis n'at-

([1]) Fuchs, p. 39.
([2]) Perez Gonzalès, 3e Observation.
([3]) Adams, p. 270.
([4]) Danielssen et Boeck, p. 336.
([5]) Raymond, p. 93. — *Medical Times*, t. VIII, p. 407.
([6]) *Morbid poisons*, p. 271.

teignait ni les enfants ni les adolescents. Mais MM. Danielssen et Boeck ont vu des enfants naître avec des taches et devenir un peu plus tard spédalskhes (1). Fuchs a vu la maladie se déclarer à dix ans (2). C'est au même âge qu'elle a commencé chez le sujet de ma Ire Obs., et encore avait-il depuis longtemps des taches à la peau. Le malade observé par M. Raisin avait onze ans quand l'invasion eut lieu.

D'après MM. Danielssen et Boeck, l'âge de vingt à trente ans paraît y disposer le plus; puis vient celui de quinze à vingt, ensuite la période de trente à quarante ans (p. 330).

L'amiral égyptien dont Breton a donné l'histoire, n'était devenu malade qu'à quarante ans (3). La Ve Obs. de Fuchs est relative à une femme âgée de soixante-treize ans (p. 30).

En général, c'est de la puberté à l'âge adulte inclusivement que l'éléphantiasis se manifeste.

III. *Sexe.* — Archigène et Aétius ont annoncé qu'il y avait plus d'hommes que de femmes atteints de cette maladie. A l'asile de Funchall (Madère), on avait compté 526 hommes et 373 femmes. Sur neuf observations rapportées par Fuchs, il y avait 7 hommes et 2 femmes. Les miennes, également au nombre de neuf, se divisent entre 5 hommes et 4 femmes. Celles de MM. Danielssen et Boeck, faites sur une bien plus large échelle, arrivent à des résultats presque semblables. A l'hôpital de Bergen, de 1841 à 1846, il y a eu 445 femmes et 461 hommes. Dans l'île de Palma, la proportion a été opposée et très-sensible : sur 70 malades, il y avait 27 hommes et 43 femmes (4).

IV. *Constitution et races.* — L'éléphantiasis des Grecs n'est pas le résultat de la faiblesse de la constitution, car on l'a observé chez des individus robustes (5), d'un tempérament sanguin ou bilieux-sanguin (6).

(1) P. 329.

(2) Le sujet de la 3e Observation.

(3) *Journal de Leroux*, t. XXXVI, p. 369.

(4) Perez Gonzalès, p. 21.

(5) Martius, p. 169. — Perez Gonzalès, 3e Obs., etc.

(6) Suarès de Meirelles.

Les naturels des Indes, de la Malaisie, de l'Afrique, de l'Amérique, sont plus disposés que les habitants des régions tempérées à contracter l'éléphantiasis des Grecs. Beaucoup de sujets sont nés du croisement d'un Européen avec une Indienne, ou une Africaine, ou une Créole. On raconte l'histoire d'une négresse qui avait eu des lépreux dans sa famille, mais qui ne l'était pas elle-même. Elle eut plusieurs enfants avec divers individus : ceux dont le père était un blanc devenaient lépreux, et quand c'était un nègre, ils restaient sains (1). Le croisement de races était donc plus nuisible qu'utile. La race nègre serait donc moins disposée que la blanche à produire l'éléphantiasis. Le contraire devrait, ce semble, avoir lieu, si une conjecture formée par Benjamin Rush avait quelque fondement. Ce célèbre médecin croyait que la variété nègre de l'espèce humaine tirait son origine d'un éléphantiasis primitif ayant imprimé son cachet à la race entière. Il faisait remarquer, pour appuyer son opinion, que la lèpre altère la couleur de la peau, la brunit; que Bougainville trouva dans l'océan Pacifique des espèces de nègres ou de mulâtres qui avaient tout à fait l'aspect des lépreux ; que la lèpre produit l'insensibilité, et qu'aussi les nègres sont très-peu sensibles ; que la lèpre excite à l'acte vénérien, et que les nègres y sont très-portés ; enfin, que la face des lépreux ressemble beaucoup pour la conformation à celle des nègres (2). Mais le lépreux est un individu malade, détérioré, dégénéré. Le nègre jouit, au contraire, d'une bonne santé; il est même robuste et doué d'une grande force de résistance aux plus pénibles travaux.

V. *Conditions sociales.* — La lèpre est plus fréquente chez les individus pauvres (3). En général, elle s'observe dans le Nord, parmi des marins et des pêcheurs très-indigents, habitant des cabanes ou des huttes humides et malsaines (4).

(1) Thomson; *Edinb. Med. and Surg. Journ.*, t. XV, p. 327.

(2) *Transact. of the American philosophical Society*. Philadelphia, t. IV, p. 289.

(3) Martius, p. 179. — Johnston; *Med. Times.*, t. XI, p. 97. — Jadis on appelait les lépreux *maselli*, c'est-à-dire *très-misérables*. (Raymond, p. 112.)

(4) Thorstensen, p. 51. — Danielssen et Boeck, p. 343.

Les classes aisées de la société ne sont pas à l'abri de cette cruelle maladie. Elle n'épargna pas la sœur de Moïse, ni à différentes époques, des personnages éminents (1). M. Suquet a vu un prince du Liban qui en était affecté depuis l'âge de seize ans (2). Tous les malades que j'ai observés appartenaient à la classe moyenne de la société et n'avaient éprouvé aucune privation.

VI. *Influence des localités et de l'atmosphère.* — Si l'on compare entre elles les différentes régions du globe sur lesquelles la lèpre des Arabes s'est montrée ou se montre encore, on est conduit aux remarques suivantes :

1° La température ne paraît avoir aucune influence, car cette maladie est intense sous l'équateur et près du pôle. Elle est rare dans les régions intermédiaires.

2° C'est au voisinage de la mer que l'éléphantiasis des Grecs se montre. On a pu remarquer le nombre d'îles où cette maladie existe; puis viennent les contrées plus ou moins vastes qui confinent à la mer, comme la basse Égypte, la Syrie, le Malabar, le Bengale, le Brésil, le Pérou, le New-Brunswick, la Norwége, la Bothnie, le Portugal, l'Italie, etc. On l'observe surtout au fond des golfes, des baies, sur les plages basses, marécageuses, le long des étangs, etc.

Cependant, on cite des exemples de malades venus de régions très-élevées. Ainsi, à Madère, Heineken a vu des lépreux venant de villages situés à 2,000 et 2,500 pieds au-dessus du niveau de la mer (3). Mais ce sont des exceptions; et d'ailleurs, l'île entière n'est-elle pas enveloppée par la même atmosphère? Et sur les plus hautes montagnes ne trouve-t-on pas des vallées humides et des habitations ombragées et mal aérées?

3° Les pays dans lesquels l'éléphantiasis rencontre des conditions favorables à sa production, exercent sur l'organisme

(1) Marcellus; *De medic.*, cap. XIX, *Art. Med. principes*, t. I, p. 322. — Simpson; *Edinb. Med. and Surg. Journal*, 1842, april, p. 391. — Danielssen et Boeck, p. 98.

(2) Lettre à M. Rayer. (*Mém. de la Soc. de Biologie*, t. II, p. 97.)

(3) *Edinb. Med. and Surg. Journ.*, t. XXVI, p. 17.

une influence lente, mais profonde et persistante. Ainsi, des individus nés dans ces pays n'ont éprouvé les premières atteintes de la maladie qu'une ou plusieurs années après, dans des lieux où la lèpre n'existait pas. Beaucoup de faits appuient cette assertion ([1]).

4° Cette influence puissante se démontre encore par les effets qu'elle détermine chez les sujets qui, étant originaires des pays où la lèpre est inconnue, vont habiter pendant quelques années dans des lieux où elle est endémique ([2]), et en contractent le germe, qui se développe immédiatement ou après leur retour ([3]).

5° Cette apparition de la lèpre après un changement de climat pourrait être attribuée à une différence de température. On sait, en effet, qu'il a suffi très-souvent, dans les lieux où la maladie est endémique, d'une vive impression de froid et d'humidité pour la faire éclater ([4]). Mais les diverses circonstances qui viennent d'être indiquées ne rendent pas raison du développement de cette maladie complexe et désorganisatrice. Les vicissitudes atmosphériques sont très-fréquentes dans notre climat; la Hollande est aussi humide que la basse Égypte; les côtes de l'océan, les îles qui avoisinent la France et l'Angleterre, seraient dans les mêmes conditions que les contrées précédemment signalées. Cependant, la lèpre y est inconnue. Cette maladie tient certainement à des causes qui nous échappent; c'est ce que prouvent sa présence dans les Gaules du

([1]) Le malade de Lawrence, né en Amérique, va ensuite en Angleterre. — Ceux de la 1re et de la 2e Obs. de Fuchs, nés à la Guadeloupe, sont envoyés en France. — Les sujets de mes 1re et 5e Obs. ont été dans le même cas, etc.

([2]) Gibert; *Mal. de la peau*, p. 402. — Cazenave; *Journ. hebdom.*, 1829, t. III, p. 157. — Fuchs; Obs. 3e, 4e, etc.

([3]) Le malade de M. Lordat avait passé deux ans à Tunis. Celui de Capuron avait habité vingt ans Pondichéry. — L'un des sujets observés par M. Gibert, avait voyagé longtemps dans les pays chauds. (P. 398.) — Un français qui avait habité Saint-Domingue pendant dix ans, chassé par la révolte des nègres, en 1793, s'était réfugié à Bordeaux, depuis deux ans, lorsqu'il y fut atteint de l'éléphantiasis des Grecs. (*Journal de santé et d'histoire naturelle*. Bordeaux, 1796, p. 303.) — MM. Danielssen et Boeck ont donné plusieurs exemples du même genre. (P. 338, 526.) — Un des malades qui m'ont consulté a présenté un fait analogue.

([4]) Roberts; *Medical Transact.*, t. V, p. 297. — Perez-Gonzalès; 3e, 5e, 6e, 10e, Obs. — Danielssen et Boeck, p. 342, etc.

temps d'Aretée, son invasion générale en Europe pendant le moyen âge, sa disparition successive, enfin l'empreinte durable que laissent dans l'organisme les modifications que ces causes inconnues y ont introduites.

VII. *Influence de l'alimentation.* — Moïse signala le porc comme un animal immonde dont la chair produisait la lèpre. Ce n'était qu'une supposition.

On a accusé le poisson frais ou salé dont se nourrissent les habitants des pays maritimes. Quelques faits sembleraient étayer cette assertion. En 1686, la lèpre était très-commune dans les îles Feroë ; les habitants se nourrissaient de poisson, de chair et de graisse de baleine. Plus tard, ils se livrèrent à l'agriculture et changèrent de nourriture. Petersen assure que la lèpre disparut (1). M. Martins rapporte, d'après le Dr Finch, qu'à Homsoë la lèpre était inconnue, lorsqu'une baleine vint échouer sur le rivage. Les habitants pauvres s'en nourrirent pendant plusieurs mois, et la lèpre se déclara bientôt après (2).

Le poisson qu'on laisse pourrir sous terre dans l'intention d'en modifier la saveur est considéré comme l'une des causes de la lèpre norwégienne. Le poisson salé, selon Raymond, mériterait le même reproche (3).

On a aussi pensé que le poisson dont on fait usage dans les pays voisins de la mer peut être lui-même rendu malade par la présence de certains parasites.

Martin émit, dans le siècle dernier (4), l'idée qu'un *gordius marinus*, trouvé dans les diverses parties du corps des harengs et autres poissons fort communs sur les côtes de Norwége et de Suède, pouvait occasionner la lèpre. Cette opinion, adoptée par Stroem, fut soutenue, sous la présidence de Linné, par Uddman (5).

Plus récemment, on a pensé que certains poissons, les truites

(1) *Mémoires de la Soc. royale de Méd.*, t. V, p. 198.
(2) *Revue médicale*, 1838, t. IV, p. 485.
(3) *Histoire de l'éléphantiasis*, p. 48.
(4) *Mémoires de l'Acad. des Sciences*, 1760.
(5) *De lepra.* (*Amœnit. academicæ*, t. VII, p. 104.)

et les soles, pouvaient être eux-mêmes spédalskhes. MM. Danielssen et Boeck ont trouvé chez eux des tubercules qu'on pouvait attribuer à un végétal parasite; mais ces observateurs ont remarqué que les poissons atteints de cette maladie étaient communs dans les contrées où ne règne pas la spédalskhed, rares au contraire dans les localités où elle est commune (1).

On a encore incriminé l'usage simultané du poisson et du lait (2), des aliments excitants et des liqueurs spiritueuses (3).

On dit aussi que le manque d'aliments de bonne qualité et suffisamment nutritifs a quelquefois fait éclater la lèpre. En 1670, les habitants les plus malheureux de la Norwége furent réduits à manger des écorces d'arbres; les uns moururent, les autres eurent la spédalskhed (4). A Cayenne, les nègres déserteurs, obligés de se cacher et privés d'aliments, sont très-souvent atteints du mal rouge (5).

Une remarque générale doit faire juger ces diverses assertions ou opinions. L'éléphantiasis se manifeste parmi des populations dont le genre de vie présente les plus grandes différences, et parmi des individus auxquels l'aisance permet d'éviter le genre de causes qu'on a regardées comme si puissantes.

VIII. *Influence des affections morales.* — Il paraît que les affections morales tristes, le chagrin (6), la terreur (7), peuvent concourir à la production de la lèpre. Raymond l'attribuait à l'état de servitude (p. 55). Le matelot dont M. Lordat a donné l'histoire avait éprouvé de très-vives émotions par la crainte de subir un cruel châtiment (8). Le jeune homme dont parle M. Imbert était né en Portugal de parents aisés;

(1) *Traité de la spédalskhed*, p. 342.

(2) Heberden; *Med. Transact.*, t. I, p. 29. — Wilson; *Transact. of Calcutta*, t. I, p. 4. — Robert; *Bullet. de l'Acad. de Méd.*, t. III, p. 317.

(3) Coutier; *Ancien Journal*, t. VII, p. 410. — *Mémoires de la Soc. royale de Méd.*, t. V, p. 184.

(4) Danielssen et Boeck, p. 184.

(5) Bergeron; Thèse, p. 13.

(6) Hoffmann; *Syst. rat.*, pars V, cap. V, § XXIII, Obs. 8.

(7) Heberden; *Med. Transact.*, t. I, p. 29. — Joannis; *Med. Obs. and inquiries*, t. I, p. 210. — Ma 4e Observation.

(8) *Recueil périodique*, t. XXII, p. 178.

il était avocat. Il fut obligé de se cacher par suite de troubles politiques. L'éléphantiasis, dont il avait offert les premières atteintes, s'aggrava considérablement sous cette pénible influence [1]. Ces circonstances peuvent agir sans contredit sur les individus prédisposés [2]; elles seraient par elles-mêmes impuissantes.

IX. *Contagion.* — La contagion de l'éléphantiasis a été admise par Aretée, par Schilling. Cette opinion était encore assez répandue en Catalogne, en Roussillon, à Chiavari, quand Fuchs visitait ces contrées [3]. Elle a été soutenue récemment par M. Trompeo, par M. Costa [4]. Au moyen âge, la supposition de la contagion fut l'un des motifs des mesures prises à l'égard des lépreux. C'était une opinion erronée. L'éléphantiasis des Grecs n'est transmissible ni par un miasme ni par un virus. Durant la période même où la contagion était le plus redoutée, des lépreux se trouvaient, dans les hospices qui leur étaient affectés, avec des individus sains, des mendiants, etc., sans que ceux-ci fussent contaminés. Dans les léproseries, les infirmiers, les aumôniers, etc., ne contractaient point la lèpre. Dans le Lazaret de Quito, vivaient en 1850 une femme non lépreuse qui y était depuis quatorze ans, et une autre femme veuve de deux lépreux [5]. Couzier, Raymond, Vidal, Adams, Heineken, Thorstensen, Fuchs, M. Lordat, M. Robert, MM. Danielssen et Boeck, ont été témoins de faits qui démontrent l'absence de contagion. Les malades que j'ai vus ont toujours été seuls atteints par l'éléphantiasis, bien que plusieurs fussent mariés ou entourés de soins dans des familles plus ou moins nombreuses. Le prince du Liban dont M. Suquet a fait l'histoire n'a pas été abandonné pendant six ans par son frère, qui couchait dans la même chambre. M. Raisin a impunément porté les vêtements du lépreux qui

(1) Thèse, p. 24.
(2) Danielssen et Boeck, p. 99.
(3) *Lepra Arabum*, p. 37.
(4) *Med. Times*, t. X, p. 41.
(5) *Bullet. de l'Acad. de Méd.*, t. XVI, p. 856.

a fait le sujet de son observation. On peut donc considérer comme un fait très-positif que l'éléphantiasis des Grecs n'est point contagieux.

e. — **Symptômes de l'éléphantiasis des Grecs.** — Les symptômes de l'éléphantiasis des Grecs sont nombreux et offrent des différences assez grandes selon les individus. Ils se rattachent à des altérations variées et ont motivé l'importante distinction des deux formes désignées sous les noms de *tuberculeuse* et d'*anesthétique*.

Il est rare que ces deux formes ou variétés soient complétement séparées sur des sujets différents. Il y a presque toujours entre elles des combinaisons à divers degrés, produisant des nuances qui se rattachent à l'une ou à l'autre. Cette distinction des phénomènes de l'éléphantiasis des Grecs, établie en premier lieu par Robinson, puis adoptée par Fuchs, a été pleinement confirmée par les observations des médecins suédois. Si l'on remonte aux descriptions données par les auteurs anciens et par ceux du moyen âge, on reconnaît que sans avoir été formellement exprimée, elle ressortait du témoignage des faits.

§ Ier. — **Prodromes.** — Les phénomènes prodromiques sont à peu près les mêmes pour les deux variétés de l'éléphantiasis des Grecs; la santé n'a point encore subi d'altération déterminée; cependant on observe des changements particuliers, des indices dont l'expérience apprend à reconnaître la valeur. Ces phénomènes sont les suivants :

1° Un sentiment de pesanteur, d'accablement; une disposition à la somnolence, à la tristesse; parfois des frissons et un mouvement fébrile.

2° Dans cet état, le sang tiré de la veine est visqueux, verdâtre, le caillot est volumineux, couenneux. La proportion de l'albumine est augmentée [1].

3° Un autre phénomène prodromique est l'aberration de la

[1] Danielssen et Boeck, p. 260. La mort a pu résulter rapidement de l'état de pléthore et de l'épaississement du sang. (P. 261.)

sensibilité, qui peut être exagérée ou diminuée, ou éteinte dans une partie. Quelquefois, ce phénomène se présente seul; néanmoins, il est très-significatif.

Joannis rapporte qu'un marin, âgé de trente-ans, demandait à être exempté du service comme atteint de la lèpre. Examiné, il n'en présentait cependant aucun symptôme, mais il avait une insensibilité absolue des pieds et des jambes. Il fut déclaré lépreux, et en effet, six mois après, les tubercules se développaient ([1]).

4° Généralement, il se forme sur la peau des taches rouges ou brunes, puis violacées ou bleuâtres. Elles se montrent sur le visage ou sur les membres, et en d'autres régions simultanément ou successivement. Elles ont un ou plusieurs centimètres de largeur; elles sont irrégulières et irrégulièrement rapprochées. La pression du doigt les efface. La chaleur ou le froid les augmente. Quelquefois une légère démangeaison les accompagne. Elles peuvent s'effacer au bout de quelques jours ou d'un temps plus long, pour reparaître après un intervalle variable; elles sont alors plus prononcées que la première fois. MM. Danielssen et Boeck ont remarqué qu'elles sont rouges, petites, arrondies, lisses, régulièrement circonscrites, ou d'un brun foncé, larges, irrégulières, et parfois confluentes (p. 196). Ce sont celles-ci qui ont autorisé la dénomination de *morphée noire,* employée en certaines contrées et surtout au Brésil.

5° Il peut se développer un ou plusieurs érysipèles successifs sur la face (Perez Gonzalès, Ire Obs.) ou des bulles de pemphigus (Schilling).

§ II. — Symptômes de l'éléphantiasis tuberculeux. — I. *Symptômes cutanés.* — 1° Les *taches* qui existaient déjà s'étendent, et elles ne s'effacent plus par la pression; s'il n'en avait pas encore paru, quelques-unes commencent à se montrer. Elles se développent sur divers points de la face, sur les sourcils, les joues, le nez; plus tard il s'en forme sur les membres, à la région dorsale

([1]) *Med. Obs. and inquiries*, t. 1, p. 206.

des mains et sur d'autres régions ([1]). Leur dimension varie. Elles peuvent couvrir tout le visage, auquel elles impriment une nuance rouge livide (de là le nom de *mal rouge* donné à Cayenne). Cette teinte devient plus obscure, livide, fauve, grisâtre ou brunâtre. Chez les blancs, cette altération de la couleur de la peau de la face est très-sensible; chez le nègre, la teinte noire devient plus foncée, mais les taches fauves tranchent davantage avec la couleur normale du sujet. Sur les membres, les taches sont rarement confluentes, elles sont irrégulières, arrondies, ovalaires ou annulaires, et se couvrent d'une légère desquamation. La peau semble y devenir un peu plus épaisse et plus consistante. La sueur est nulle sur ces surfaces ([2]).

2° Sous les taches et en dehors de celles-ci, il se forme des éminences, qu'on a improprement appelées *tubercules*. Ces éminences sont d'abord d'un petit volume et comme lenticulaires ou pisiformes, isolées ou disposées par groupes, et laissant intactes des places plus ou moins larges. Elles se développent, s'arrondissent, soulèvent la peau, se rapprochent, mais restent toujours plus ou moins distinctes, donnant à la surface affectée un aspect inégalement mamelonné et bosselé. Ces tubercules sont solides, consistants, plus durs au centre qu'à la périphérie. Leur couleur varie d'intensité; elle est analogue à celle des taches. On leur a trouvé les apparences de l'érythème noueux ([3]). J'ai remarqué à la surface des tubercules les plus volumineux, une légère injection vasculaire.

Les tubercules de la face sont les plus saillants et les plus nombreux; ils changent complétement les traits. Les sourcils et le front proéminent; les paupières se gonflent, leur ouverture s'arrondit; le nez se déforme, il s'élargit inégalement; les joues sont hérissées de tubérosités; les lèvres sont épais-

([1]) Schilling assure que jamais les taches ne se forment sur quelque partie du corps sans qu'il en paraisse aux aisselles, au pubis et sur les fesses (§ XI, p. 8.)

([2]) Danielssen et Boeck, p. 204.

([3]) *Ibidem*, p. 208.

ses et dures; les oreilles s'agrandissent; le lobule, inégal et bosselé, descend au-dessous de son niveau ordinaire.

Le crâne ne présente jamais de tubercules, non plus que la paume des mains et la plante des pieds (1).

Les tubercules du tronc sont disséminés, aplatis, d'une teinte fauve, et plus mous que ceux du visage. Aux bras, ils sont rarement proéminents, et se couvrent bientôt de lamelles furfuracées (2).

Les cuisses sont souvent exemptes de tubercules; mais quelquefois ils y sont nombreux et même confluents, formant des plaques plus ou moins larges. Les jambes présentent ordinairement des saillies tuberculeuses et un engorgement plus ou moins dur du tissu cellulaire. Les téguments des mains et des pieds sont largement épaissis, indurés; l'épiderme y est squameux, à la manière de l'ichthyose.

Les tubercules des diverses régions se couvrent souvent de croûtes épaisses et brunes, cornées. Il en est de saillantes, qui imitent celles du rupia proeminens. MM. Danielssen et Boeck ont trouvé par milliers, sous ces sortes d'incrustations, des acarus qui diffèrent de ceux de la gale (3).

3° Sous les croûtes se forment fréquemment des *ulcérations* d'où exsude un fluide épais, jaunâtre, ichoreux. C'est surtout aux membres inférieurs que cette altération se remarque. Les tubercules sont ramollis au centre, tandis que leurs bords restent calleux et noirâtres. Ces ulcérations sont en général très-persistantes. Quelquefois, la suppuration des tubercules peut en amener l'affaissement et la guérison. Des cicatrices blanches, inégales, consistantes, saillantes, se montrent à leur place. MM. Danielssen et Boeck en ont recueilli trois exemples (4).

4° Ces observateurs ont vu les tubercules s'affaisser, se

(1) Heineken; *Edinb. Med. and Surg. Journal*, t. XXVI, p. 17. — Danielssen et Boeck, p. 206.

(2) Adams, p. 273.

(3) Voyez les planches XXIe et XXIVe du *Traité de la spédalskhed*.

(4) P. 211. Voyez aussi la XXe planche.

résorber et laisser une *dépression* jaunâtre pâle, ou grisâtre, d'une certaine mollesse. Le sentiment renaît dans ces parties, ou l'insensibilité s'y maintient.

5° Les follicules sébacés sécrètent un fluide huileux, qui rend la *peau luisante* et *grasse*.

6° Cette matière, et peut-être la peau elle-même, exhale une *odeur* fétide, cadavéreuse ou comparée par quelques-uns à celle du bouc (Martius, p. 175).

7° Le *système pileux* présente aussi des altérations. Les sourcils se dégarnissent dès le début, les cils tombent, la barbe disparaît, les poils des aisselles et du pubis diminuent [1], non ceux du scrotum. Les cheveux se conservent le plus souvent; mais ils changent quelquefois de couleur; ils passent au blanc grisâtre ou au jaune rougeâtre.

8° Les *ongles* sont parfois friables [2], rudes, décolorés; le plus souvent, ils ne se déforment pas [3].

9° Indépendamment des saillies tuberculeuses, il se produit dans le tissu cellulaire des *engorgements* plus ou moins saillants. Adams mentionne comme très-fréquentes, surtout chez les femmes, des tumeurs larges et ovalaires situées à la partie interne et supérieure des cuisses, s'étendant vers les aines. Ces tumeurs ont une apparence glanduleuse. Lawrence, Southey, ne les ont pas vues. Je ne les ai pas observées.

10° Il n'est pas rare de remarquer la tuméfaction des ganglions de l'aine, ainsi que celle des ganglions de l'aisselle et du cou. Il est digne d'attention que ces engorgements ne tendent pas à la suppuration, et qu'ils ne ressemblent nullement à ceux que produit la diathèse scrofuleuse.

II. *Symptômes fournis par le système nerveux.* — La sensibilité de la peau est quelquefois exaltée au début de la maladie. Il y a un picotement, un fourmillement incommode. La pression des tubercules et même celle des autres parties de

[1] Chez le malade de M. Raisin, les poils des aisselles et du pubis étaient conservés. (P. 27.)

[2] Rendu; *Acad. des Sciences*, sept. 1846.

[3] Danielssen et Boeck, p. 216.

la peau est douloureuse ([1]). Les malades se plaignent parfois de douleurs dans les jambes (Martius, p. 175).

Le plus souvent, la sensibilité s'engourdit dès l'apparition des taches, qu'on peut presser, piquer et même brûler sans produire de souffrances. Les membres inférieurs présentent plutôt que les autres régions ce haut degré d'insensibilité. On a vu des malades, endormis devant le feu, se brûler la peau des genoux sans s'en apercevoir ([2]). Le pincement, les piqûres, les coupures, ne réveillent pas la sensibilité; les membres sont comme engourdis.

Les sens s'émoussent par la détérioration de leurs organes. Ainsi, la conjonctive se boursouffle et devient livide ou jaunâtre, la cornée et l'iris s'altèrent, le cristallin perd de sa transparence, le globe oculaire est douloureux, et la vue s'obscurcit.

L'action musculaire ne suit pas les modifications de la sensibilité. Elle se maintient. La station, la marche, les divers mouvements, peuvent s'exécuter, mais avec moins d'énergie qu'avant les progrès de la maladie. Les muscles paraissent diminués de volume, surtout au voisinage des parties les plus insensibles. Il s'opère aussi des contractures et des rétractions, surtout aux doigts ([3]).

III. *Symptômes fournis par les voies respiratoires.* — La muqueuse nasale est tuméfiée, quelquefois ulcérée; les narines sont rétrécies, des croûtes les obstruent; l'odorat est émoussé; les cartilages et les os s'affectent; le nez s'affaisse.

La voix devient rauque dès les premiers temps; elle est voilée; il faut un effort de la part du malade pour qu'elle ne reste pas très-basse. L'air semble traverser avec quelque gêne les bronches et le larynx. La respiration est un peu sifflante. Elle est gênée, quelquefois avec toux sèche. L'haleine répand une odeur désagréable.

([1]) Cazenave; *Journal hebdom.*, 1829, t. III, p. 157.

([2]) Obs. de M. Huguier. (Thèse de Rocquin des Hilaires, 1836, nº 44, p. 28.)

([3]) Le malade de M. Lordat avait les muscles de la main comme desséchés. Une rétraction rapprochait le pouce de l'index. (*Recueil périodique*, t. XXII, p. 180.)

IV. *Symptômes fournis par les voies digestives et sécrétoires.* — La muqueuse buccale présente des indurations tuberculeuses et des ulcérations. On en voit sur la voûte palatine et sur le voile du palais. La luette semble effacée. La sécrétion de la salive continue. La bouche est infecte. Le goût est altéré; le malade se plaint d'avoir une saveur salée ou amère. Cependant, l'appétit se conserve et les fonctions digestives s'exécutent avec plus ou moins de régularité. Les urines sont abondantes, rouges, quelquefois sédimenteuses.

V. *Symptômes fournis par les voies circulatoires, la calorification et la nutrition.* — 1° Dans les premiers temps de la maladie, le pouls est plein, fréquent; il peut y avoir un mouvement fébrile continu ou des accès distincts. Il existe alors un état de pléthore et de congestion cérébrale et cutanée. Plus tard, le pouls devient petit, faible, lent.

2° Le sang a été examiné par plusieurs observateurs. Schilling a trouvé le sérum semblable à du bouillon à moitié cuit, et il a vu des petits globules blancs semblables à des grains de millet (p. 14). Raymond compare le sang de la saignée à une colle ou gelée mollasse, livide (IIe Obs., p. 16). Martius l'a vu rouge, vermeil, épais (p. 175). MM. Danielssen et Boeck ont fait d'exactes et nombreuses recherches, d'où il résulte que le sang des spédalskhes contient un excès d'albumine et de fibrine (p. 244).

3° La calorification est en général diminuée chez les malades, qui sont très-sensibles au froid, même dans les pays chauds (Adams, p. 231).

4° La nutrition est imparfaite. L'accroissement général est enrayé si l'éléphantiasis commence dans l'enfance (Ire Obs. de Fuchs, p. 52).

VI. *Symptômes fournis par les organes génitaux.* — Les lépreux ont été accusés de salacité. Aretée, les écrivains anciens et ceux du moyen âge, ont mentionné cette exaltation de l'appétit vénérien, et il paraît que souvent il a existé à un haut degré. Les faits transmis par Vidal (p. 165), par Joannis (p. 208), le prouvent. En Angleterre, l'entrée des léproseries

était interdite aux femmes (¹). Les lépreux de l'Indoustan (²) et ceux de Cayenne (³) sont très-portés aux plaisirs sexuels. Le malade de M. Imbert a conservé très-longtemps le même penchant, et il avait souvent des pollutions, suivies d'un grand abattement (p. 28). Le sujet de ma IIIᵉ Obs. offre encore un exemple de la même disposition.

Mais cet appétit génital n'est pas constant. Adams, Heinecken, Fuchs, Perez Gonzalez, Rendu, etc., ne l'ont pas constaté chez un grand nombre de sujets. Ordinairement, les désirs vénériens s'éteignent à mesure que la maladie fait des progrès; et quand celle-ci se manifeste avant l'âge de la puberté, elle arrête le développement des organes génitaux. C'est ce qu'a vu Adams dans l'un et l'autre sexes. Les corps caverneux et les testicules sont petits, et le scrotum rétracté (p. 266, 267).

Chez la femme, les organes sexuels et les mamelles sont comme atrophiés (p. 268). Cependant, on a vu la menstruation s'établir, bien que l'éléphantiasis eût déjà fait des progrès (⁴). Lors de la visite d'Adams au Lazaretto de Madère, sur dix femmes, sept n'étaient pas menstruées, bien qu'elles fussent peu âgées. Sur les trois autres, deux avaient des règles ordinaires, la troisième des règles très-abondantes (p. 269). En général, pendant le cours de la spédalskhed, la menstruation devient irrégulière ou nulle (⁵).

§ III. — Symptômes de l'éléphantiasis anesthétique. — Cette variété s'observe plus rarement que celle qui vient d'être décrite. Elle présente des caractères très-propres à la faire distinguer.

I. *Symptômes cutanés.* — L'un des premiers symptômes consiste en un *pemphigus* qui se développe par bulles plus ou moins larges sur les membres inférieurs, fréquemment à la

(¹) Danielssen et Boeck, p. 146.

(²) D'après une relation des Drs Stuart et Benet. (Thèse de Vialenc. Paris, 1849, nº 119, p. 23.)

(³) Bergeron; Thèse, p. 10.

(⁴) Perez Gonzalès, 1re Observation.

(⁵) Danielssen et Boeck, p. 198.

paume des mains et à la plante des pieds, rarement au visage. Le liquide contenu est visqueux, jaune verdâtre, quelquefois légèrement opaque et comme laiteux. Ces bulles s'ouvrent bientôt. Le derme paraît rouge, il fournit une exsudation plus ou moins épaisse, qui se concrète et forme des croûtes brunâtres. Les bulles peuvent se succéder pendant quelque temps. Elles laissent des cicatrices remarquables par leur blancheur; circonstance qui a fait rapporter ce genre de lésion à la *morphœa alba*. Ces cicatrices jouissent d'une certaine sensibilité, elles ne conservent que des poils fins et blancs [1].

Le pemphigus peut précéder de plusieurs semaines ou de plusieurs mois le développement des autres symptômes. Aussi l'a-t-on considéré comme un phénomène prodromique. Il est cependant évident que la maladie a déjà commencé.

Des *taches* se forment pendant ou après l'apparition des bulles. Elles se montrent sur diverses régions, elles ont de 2 à 8 centimètres de largeur ; leur couleur est blanche; leur surface, rugueuse, présente une légère desquamation [2].

Le visage prend ordinairement une teinte jaune pâle. La peau des diverses parties est sèche, dure, privée de souplesse et d'élasticité. Les sécrétions cutanées folliculaire et perspiratoire ont diminué, surtout dans les parties où les taches se sont formées et où la sensibilité a été modifiée.

Le système pileux ne subit que peu de modifications et les ongles restent à l'état normal [3].

II. *Symptômes fournis par le système nerveux.* — 1° La sensibilité s'exalte sur un ou plusieurs points de la surface cutanée. Cette *hypéresthésie* suscite des douleurs très-vives qui obligent à garder le repos et qui s'exaspèrent de temps à autre comme par une commotion électrique. Ces douleurs se font sentir aux membres du côté de l'extension et souvent aux

(1) Danielssen et Boeck, p. 265.

(2) Fuchs, p. 27. — Robinson dit que les taches sont luisantes et ridées. (*Med.-chirurg. Transact*, t. X, p. 27.)

(3) Danielssen et Boeck, p. 281. — Cependant Fuchs parle de la chute des poils, et ajoute que les ongles sont allongés, recourbés, épaissis. (P. 27.)

mains. Elles peuvent aussi attaquer le crâne et s'étendre jusqu'à la racine du nez. La sensibilité des yeux peut être exagérée. Les douleurs sont quelquefois assez fortes, assez étendues pour empêcher le sommeil et troubler les digestions.

2° A cette hypéresthésie, qui peut durer plusieurs années, succède l'*anesthésie;* celle-ci s'étend à plusieurs régions de la peau et même aux tissus sous-cutanés.

Quelques sens sont en même temps émoussés : tel est l'odorat; mais l'ouïe se conserve. L'œil, au contraire, subit des altérations considérables. Il est sec et injecté. Sur la cornée se forment des vésicules et des taches qui troublent l'exercice de la vision.

3° Le moral semble affaibli, comme engourdi. Il y a souvent de l'assoupissement.

4° La *myotilité* est pervertie ou infirmée. Les extenseurs se rétractent, d'où résulte la forme aplatie et concave de la face dorsale des mains et la convexité de la face palmaire. Des distorsions analogues se produisent aux membres inférieurs et surtout aux orteils. La locomotion en est plus ou moins empêchée.

III. *Symptômes fournis par la circulation, la calorification et la nutrition.* — 1° Sauf les mouvements fébriles qui précèdent l'éruption des bulles ou qui peuvent dépendre de l'exagération des douleurs au début de la maladie, la circulation est plutôt lente qu'accélérée.

2° Le sang tiré des veines forme un caillot ferme, couenneux; le sérum est épais, visqueux, verdâtre; on y trouve un excès d'albumine, mais moins que dans la variété précédente (1).

3° Les malades se plaignent d'une grande disposition au refroidissement. Cependant, le thermomètre de Réaumur placé sous l'aisselle donne de 29 à 32 degrés (2).

4° La nutrition subit des altérations considérables, ordinairement en rapport avec celles de la sensibilité. L'anesthésie

(1) Danielssen et Boeck, p. 312.

(2) *Ibid.*, p. 280.

s'accompagne d'amaigrissement, d'atrophie. Ainsi, les paupières se retirent, se renversent et laissent l'œil à nu. Les joues s'affaissent, les lèvres se raccourcissent, se dévient, ne retiennent plus la salive et mettent les dents et les gencives à découvert; ces altérations peuvent être plus sensibles d'un côté. Le nez se déforme par l'affaissement de la cloison; les oreilles se retirent; les muscles des éminences thénar et hypothénar s'amincissent, etc.

IV. *Symptômes fournis par le système osseux et ses annexes.* — C'est principalement aux extrémités des membres que ces phénomènes extrêmement graves se manifestent. Une tuméfaction avec lividité et fluctuation se prononce sur une partie, par exemple à la plante du pied. Elle est souvent accompagnée d'une douleur vive et circonscrite. Cette tumeur s'ouvre, fournit une matière visqueuse et ichoreuse. Une ulcération fistuleuse s'établit. Avec ce travail survient de la céphalée, de la dyspnée et un état fébrile qui ne tarde pas à se dissiper.

On s'aperçoit que des lambeaux de peau, de tissu cellulaire et de muscles, sont mortifiés et que des os mis à découvert tendent à s'exfolier par fragments ou à se détacher en entier. C'est ainsi que des phalanges tombent, laissant les doigts ou les orteils mutilés et déformés. Diverses parties peuvent aussi se détacher successivement et en entier. On a vu le sphacèle s'emparer du tarse, qui ne tenait plus que par un lambeau de peau et quelques tendons; l'extrémité du tibia venait faire saillie à travers l'ulcération.

Ces épouvantables mutilations s'opèrent et se complètent sans douleur; les parties ulcérées sont insensibles. Les solutions de continuité qui succèdent à ces mortifications ne guérissent que très-difficilement. Quand elles se dessèchent subitement, il en résulte divers accidents : le gonflement des ganglions inguinaux, des vomissements, de l'oppression, la fièvre, l'assoupissement, la mort [1].

[1] Danielssen et Boeck, p. 275.

V. *Symptômes fournis par les organes digestifs, sécrétoires et génitaux.* — 1° L'appétit est souvent conservé; la soif est ordinairement vive, en même temps que la bouche est sèche. Il y a parfois des éructations acides, des symptômes de pyrosis et de gastralgie.

2° L'urine est trouble, épaisse, comme de la saumure. Elle contient de l'albumine.

3° La menstruation est irrégulière ou nulle. Elle n'a pas lieu quand la maladie a précédé l'âge de la puberté.

L'instinct sexuel diminue pendant le cours de la maladie. Cependant, la reproduction peut encore avoir lieu, d'après quelques observations de MM. Danielssen et Boeck [1].

§ IV. — Comparaison et coïncidence des deux variétés de l'éléphantiasis des Grecs. — Ces deux formes présentent des rapports et des différences qu'il est intéressant de faire remarquer.

L'une et l'autre produisent des taches cutanées, s'accompagnent d'anesthésie, manifestent une augmentation de l'albumine du sang, tendent à l'ulcération, à la destruction des tissus.

Mais l'une produit à la peau un travail congestif, l'autre paraît agir d'abord sur le système nerveux; l'une fait naître des tubercules, l'autre produit le pemphigus; les tubercules commencent au visage, et épargnent la paume des mains et la plante des pieds, tandis que c'est là que se forment ordinairement les premières bulles. L'éléphantiasis tuberculeux détermine dans une partie des membranes muqueuses, des altérations analogues à celles de la peau; l'anesthétique agit sur l'appareil locomoteur; le premier épaissit, gonfle, endurcit les tissus; l'autre les amoindrit, les atrophie, les mortifie, les détache du reste de l'économie.

Le mode d'action de ces deux formes pathologiques semble si différent, qu'au premier abord, si l'on ne tenait compte des analogies qui viennent d'être rappelées, on serait tenté de les

(1) *Traité de la spédalskhed*, p. 281.

considérer comme deux espèces distinctes. Mais cette induction serait contredite par les considérations suivantes :

1° Les deux formes se rencontrent souvent chez le même sujet, qui peut présenter, avec des tubercules de la face, la destruction des orteils, etc. Aretée n'a pas oublié cette mort des membres qui précède celle de l'homme.

2° L'origine de ces deux variétés est la même. Une mère atteinte de l'une donne le jour à un enfant chez lequel l'autre se développe. Deux frères issus des mêmes parents peuvent offrir chacun une forme ou variété différente.

Ainsi, ces deux variétés proviennent de la même source, dérivent de la même diathèse, et s'il importe, pour l'exactitude et la clarté des descriptions, de les considérer séparément, on doit les étudier dans leurs coïncidences si fréquentes, et ne pas perdre de vue l'ensemble et l'enchaînement des phénomènes qui n'en constituent qu'une seule maladie.

d. — Marche et terminaisons de l'éléphantiasis des Grecs. — I. La marche de l'éléphantiasis des Grecs est toujours d'une extrême lenteur. Dans les premiers temps, on observe des oscillations qui laissent les malades dans une fausse sécurité. Ainsi, les premières taches disparaissent, il est vrai pour se reproduire quelque temps après.

Ordinairement, c'est par des recrudescences, des poussées, que la maladie fait des progrès. Un excès, une émotion morale, un refroidissement, peuvent donner lieu à ces exacerbations.

On a essayé de diviser le cours de la maladie en plusieurs périodes ou degrés. L'ordre dans lequel les symptômes se produisent n'étant pas constant, il est difficile d'établir des distinctions précises. Toutefois, la marche la plus ordinaire montre :

1° Les taches cutanées, le pemphigus et des aberrations de la sensibilité.

2° L'anesthésie, la formation des tubercules ou les atrophies partielles, d'où résultent des déformations plus ou

moins grandes, souvent la raucité de la voix, la chute des poils, etc.

3° Les ulcérations des tubercules et les altérations des os, la séparation de diverses parties.

II. Ces périodes mettent plusieurs années à s'accomplir. MM. Danielssen et Boeck ont trouvé une différence notable entre la durée de la variété tuberculeuse et celle de la variété anesthétique. La première est en moyenne de neuf ans et demi, et la seconde de dix-huit ans et demi (p. 333). La durée la plus courte a été de deux ans (1), la plus longue de trente-un ans (2).

III. L'éléphantiasis des Grecs est susceptible d'amélioration. Les tubercules peuvent s'affaisser, les ulcérations se cicatriser, les tronçons des doigts ou des membres se consolider; mais ce n'est le plus souvent qu'un temps d'arrêt.

IV. Il se peut que l'éléphantiasis près de son début soit enrayé par une autre maladie, comme par la variole. Boeck, médecin suédois du siècle dernier, assure même que la lèpre a pu guérir sous l'influence de cette coïncidence; d'où la conjecture qu'il émit sur l'utilité de l'inoculation faite chez les lépreux qui n'auraient pas encore eu la variole (3).

V. Les faits de guérison de l'éléphantiasis des Grecs sont extrêmement rares. Th. Heberden en mentionne un (4). MM. Danielssen et Boeck ont donné la figure d'une femme qui vivait encore douze ans après la guérison d'une spédalskhed tuberculeuse. La face est sillonnée de cicatrices allongées, recourbées, sinueuses, imitant, avec de plus grandes dimensions, celles de la variole confluente. Cette guérison avait été spontanément obtenue par le ramollissement et l'affaissement des tubercules (5).

VI. La mort est généralement le terme éloigné ou plus ou

(1) Thorstensen; *Mémoires de l'Acad. de Méd.*, t. VIII, p. 48.

(2) Danielssen et Boeck, p. 331.

(3) *Mémoires de la Soc. royale de Méd.*, t. V, p. 202.

(4) *Medical Transact.*, t. I, p. 34.

(5) Planche XX, et *Traité de la spédalskhed*, p. 345.

moins rapproché de l'éléphantiasis des Grecs. Elle peut être hâtée par des complications graves, comme la variole confluente (1), l'érysipèle de la face (2), la phthisie pulmonaire (3).

e. — **Anatomie pathologique de l'éléphantiasis des Grecs.** — C'est aux recherches de MM. Danielssen et Boeck qu'on est redevable d'un grand nombre de faits relatifs à l'anatomie pathologique de l'éléphantiasis des Grecs. Les altérations présentées par la peau et par les membranes muqueuses se rapportent principalement à la variété tuberculeuse; les lésions organiques de l'encéphale, de la moelle épinière et des nerfs, se rattachent surtout à la variété anesthétique.

1° On a trouvé la peau d'une teinte brune, rougeâtre, livide. Le derme semblait épaissi, engorgé dans une grande partie de son étendue. On en exprimait par la pression un fluide visqueux, sanguinolent.

Dans les parties où il n'existait que des taches, les vaisseaux paraissaient très-développés, tandis qu'ailleurs ils l'étaient à peine.

Les tubercules étaient formés par une substance ferme, tenace, peu vasculaire, d'un blanc terne, offrant au microscope quelques noyaux, des cellules, des globules de diverses grandeurs. Cette matière est considérée comme de l'albumine coagulée ou de la fibrine (4). On y a trouvé aussi de la graisse, divers sels; la réaction en est alcaline.

Les tubercules étaient parfois recouverts de croûtes épaisses, sous lesquelles MM. Danielssen et Boeck ont trouvé les cadavres des acarus déjà signalés.

Le tissu cellulaire participe souvent à la formation des tubercules. Il est épaissi, infiltré; il forme avec la peau comme une masse lardacée.

(1) A Surinam. (Schilling) — En Islande, en 1707; à Bergen, en 1845. (Danielssen et Boeck, p. 324.)

(2) Imbert; Thèse, p. 28.

(3) Pallis; *Journ. des Connaiss. méd.-chir.*, 1842, p. 247. — Perez Gonzalès, p. 8.

(4) Danielssen et Boeck, p. 232 et 236.

2° Les follicules sébacés sont un peu gonflés, les follicules pileux rétractés et privés de poils.

3° Les ganglions lymphatiques du cou, des aisselles, des aines, sont volumineux, durs, d'un blanc jaunâtre, d'une couleur noirâtre; ils sont rarement en suppuration.

4° La cloison des cavités nasales est affaissée ou perforée; la muqueuse remplie de tubercules et d'ulcérations.

5° La langue, les parois de la bouche et du pharynx, sont couvertes de saillies tuberculeuses et d'ulcérations. On en a trouvé dans les intestins. Les ganglions mésentériques étaient tuméfiés et ramollis; le foie hypertrophié, tuberculeux; la vésicule pleine d'un fluide épais, noirâtre, et occupée quelquefois par des calculs biliaires; la rate volumineuse, ramollie; l'épiploon et les diverses régions du péritoine parsemées de granulations tuberculeuses. Il y avait quelquefois des adhérences entre les circonvolutions intestinales.

6° Les reins se sont montrés hypérémiés, hypertrophiés, tuberculeux à leur surface et dans leur tissu; la vessie présentait aussi des tubercules sous le péritoine.

7° Les ovaires étaient tuberculeux à leur surface; les trompes distendues par une matière épaisse et agglomérée en petites masses, qui formaient comme des grains de chapelet [1]; la matrice, infiltrée de matière tuberculeuse à l'extérieur et à l'intérieur.

8° Les voies respiratoires présentent généralement des altérations très-graves. Les muqueuses nasale et laryngée sont épaissies, parsemées de saillies tuberculeuses et d'ulcérations. Les tubercules sont larges, mous, jaunâtres à l'extérieur, d'un blanc terne. Ils changent la forme de l'épiglotte, des ventricules et des replis du larynx. La cavité de cet organe et la glotte en sont rétrécis. Les cartilages ont paru épaissis ou amincis, mais non détruits ou corrodés. Quelquefois, les tubercules de la muqueuse laryngo-trachéale sont isolés, petits et durs. Dans les points où la membrane muqueuse des voies

[1] Voyez la planche VI du *Traité de la spédalskhed*.

aériennes n'offrait pas de tubercules ou d'ulcérations, on a remarqué des taches dépourvues d'épithélium et une infiltration du tissu cellulaire sous-muqueux. Les poumons présentent rarement de vrais tubercules. Toutefois, cette coïncidence a été constatée [1]; mais ces productions étaient petites, presque enkystées; il y en avait d'infiltrées de matière calcaire; d'autres se trouvaient ramollies. On a vu aussi des cavernes. La plèvre a également offert des infiltrations tuberculeuses.

9° Les voies circulatoires ont présenté diverses altérations. Le péricarde était épaissi (Hjaltelin), le cœur droit très-développé, contenant, ainsi que les veines caves et que l'artère pulmonaire, beaucoup de sang noir, épais, visqueux, coagulé; le cœur gauche proportionnellement atrophié. Biett a vu la surface interne de l'aorte rouge lie de vin [2].

10° Parmi les altérations des organes sensitifs, celles de l'œil ont été particulièrement remarquées. La conjonctive était parsemée de tubercules, la cornée flasque, opaque ou même perforée; les chambres de l'œil étaient remplies de matière concrète, blanchâtre, l'iris accolée au cristallin.

11° Le système nerveux a offert des changements dignes d'attention : sous l'arachnoïde existait une infiltration séreuse ou d'apparence gélatineuse [3]; la pie-mère était injectée. La consistance de ces membranes leur permettait de s'enlever en entier. La substance cérébrale était indurée et diminuée de volume (Rendu), les ventricules contenaient un épanchement séreux et albumineux. La moelle épinière était injectée, condensée, *sclérosée;* elle pouvait être comprimée sans se déchirer [4]. La substance grise offrait une altération marquée, principalement aux régions cervicale et lombaire. On observait sur la surface postérieure du prolongement rachidien, une exsudation albumineuse qui se continuait sur les racines des nerfs dans le canal vertébral. Une exsudation

[1] Obs. de M. Raisin, p. 33.
[2] *Journ. hebdom.*, t. III, p. 161.
[3] Retzius; *Revue de Thérap. de Rognetta*, 1844, p. 397.
[4] Danielssen et Boeck, p. 285, 296.

analogue enveloppait les nerfs crâniens, surtout le facial, et le ganglion de Gasser, du côté où avait existé l'anesthésie et l'atrophie du visage. On a trouvé au voisinage des tubercules cutanés, les nerfs volumineux et infiltrés d'une matière tenace, ferme, albumineuse.

12° Les muscles ont été trouvés atrophiés, surtout au visage; ils étaient remplacés par une couche gélatiniforme. Quand une articulation avait été longtemps roide, les muscles étaient durs, tendus, et les ligaments rétractés.

13° On a constaté la présence d'une périostite (Retzius). Les os étaient altérés. Dans les parties correspondantes aux éliminations, les téguments adhéraient aux surfaces articulaires mises à nu; les cartilages restaient intacts, mais leur surface était dépolie.

f. — **Physiologie pathologique de l'éléphantiasis des Grecs.** — Les recherches dont je viens de donner un résumé succinct démontrent que l'éléphantiasis des Grecs exerce une influence spéciale, d'une part sur la peau et quelques muqueuses, d'autre part sur les centres nerveux et les organes de la locomotion.

La matière phymateuse qui soulève le tissu de la peau et de quelques muqueuses se retrouve encore à la surface de divers parenchymes. Cette altération ne saurait être confondue avec celle qu'en anatomie pathologique on nomme aussi *tubercule*. Il y a même entre ces deux genres d'altérations organiques une sorte d'antagonisme que MM. Danielssen et Boeck ont constatée. Ils ont, en effet, remarqué que la phthisie pulmonaire, maladie en général très-commune, est fort rare chez les spédalskhes, et que chez quelques-uns elle a semblé enrayée par le développement de l'éléphantiasis; ce qui n'empêche pas de considérer comme très-grave la complication de ces maladies lorsqu'elle s'effectue à une période avancée.

Le système nerveux a offert des lésions dignes d'attention: c'étaient des indurations du parenchyme encéphalo-rachidien et des exsudations séro-albumineuses.

Ces altérations ont donné une explication physiologique très-satisfaisante de plusieurs phénomènes morbides. Ainsi, la perte du sentiment se conçoit par la pression exercée sur la face postérieure de la moelle épinière; l'atrophie d'un côté de la face, par l'altération du nerf facial et du ganglion de Gasser correspondant; la diminution de la calorification et les troubles de la nutrition, par la perversion ou la suspension de l'influence nerveuse.

Cette production phymateuse et les troubles de l'innervation sont des modes de manifestation variés de la même maladie. Réunis ou isolés, ils n'en dérivent pas moins d'un principe commun, d'une disposition générale. On a cru s'être rapproché de cette cause primordiale en découvrant que l'albumine est en excès dans les fluides circulatoires ou exhalés. Cette prédominence se remarque, en effet, dans le sang dès le commencement de la maladie; mais la fibrine aussi dépasse les proportions ordinaires : la maladie n'en offre pas davantage un caractère décidément inflammatoire. Je concevrais difficilement qu'un excès d'albumine, substance si bénigne, eût la puissance délétère qu'on semble disposé à lui attribuer.

Les modifications des solides ou des fluides résultent de l'action cachée d'un principe morbifique, d'une influence intérieure, d'une diathèse spéciale, dont l'origine et la nature sont inconnues.

Cette diathèse a été rapportée au cancer par Actuarius [1]; plus tard, à la syphilis, au scorbut, etc. On pouvait la rattacher à la scrofule; mais elle a sa nature propre.

Elle est inhérente à certaines expositions ou constitutions géologiques; elle est subordonnée à des conditions atmosphériques ou autres, qui ne sont pas appréciées. Dans les lieux ou l'éléphantiasis des Grecs règne de nos jours, la disposition occulte, dont les effets sont si désastreux, se produit avec lenteur et résiste avec opiniâtreté. Elle s'exerce non-seulement sur les indigènes, mais aussi sur les étrangers.

[1] *Medicus sive de methodo medendi*, cap. XI. (*Artis Medicæ principes*, éd. Henri Étienne, t. I, p. 187.)

Ceux-ci, après s'être imprégnés au centre même de l'endémie, ne présentent souvent que longtemps après l'avoir quitté, les premiers symptômes d'une maladie qu'ils n'eussent certainement pas contractée s'ils n'avaient jamais abandonné leurs foyers.

Une plus étonnante transformation est celle qui, dans l'espace de trois siècles, rendit successivement apte et inhabile à devenir lépreux une grande partie des peuples de l'Europe. Le problème de cette funeste aptitude et de cette heureuse immunité est demeuré tout à fait inexpliqué.

g. — Diagnostic de l'éléphantiasis des Grecs. — Cette maladie présente des caractères génériques et des traits particuliers à chacune de ses variétés. Ainsi, les taches livides, accompagnées d'insensibilité et suivies de déformations, d'ulcérations, de chute des poils, de raucité de la voix, etc., appartiennent à l'une et à l'autre. A la forme tuberculeuse se rattachent non-seulement les saillies de la peau et des muqueuses, mais encore la raucité de la voix, la dyspnée, la fétidité de l'haleine. A l'éléphantiasis anesthétique se rapportent l'hypéresthésie, le pemphigus, l'anesthésie, les atrophies partielles, la rigidité de quelques articulations, les ulcérations, les nécroses, les mutilations.

Il n'est aucune maladie qui se présente sous des traits semblables; aussi n'est-il pas difficile, lorsqu'on a vu quelques cas de spédalskhed, de la reconnaître. Néanmoins, le diagnostic peut offrir des difficultés, soit dans les premières périodes de la maladie, soit lorsqu'elle est parvenue à un certain degré. Ainsi :

1° Les taches initiales ont parfois quelque ressemblance avec celles de l'*éphélide*, du *chloasma*. Mais ces dernières sont plus jaunâtres, situées principalement au tronc, et exemptes d'anesthésie.

2° Les squames qui recouvrent les taches ou les tubercules ne peuvent se comparer à celles de la *lèpre* vulgaire ou du *psoriasis*. La forme des saillies, leur couleur, leur mode d'agrégation, ne permettent aucune erreur.

3° Il y aurait plutôt quelques rapports entre les tubercules commençants et les petites tumeurs constituées par l'*acné indurata*, ou par l'*acné varioliforme*, ou même par le *molluscum*. Mais ces maladies cutanées ne sont ni précédées ni accompagnées de taches spéciales; on distingue les orifices des follicules, on reconnaît la présence d'une matière sébacée, on ne constate ni anesthésie ni alopécie.

4° La *syphilide tuberculeuse* paraît avoir été confondue quelquefois avec l'éléphantiasis des Grecs au début. Je pense que Raymond ne s'est pas mis à l'abri de cette erreur; sa III° Obs. justifie ce soupçon. Pour établir un diagnostic rigoureux, on doit avoir égard aux antécédents, à la consistance des tumeurs, à leur degré de sensibilité, à la couleur des taches ou de l'auréole des tubercules ou des ulcérations, à l'absence de l'anesthésie, à l'efficacité du traitement antisyphilitique.

5° On a aussi confondu l'éléphantiasis des Grecs avec des *tubercules scrofuleux*. Une observation publiée par Bourdet [1] me paraît donner un exemple de cette méprise. La maladie avait commencé par une carie des os; il y avait phthisie pulmonaire; en outre, insensibilité des membres inférieurs et chute des poils; mais plusieurs symptômes importants manquaient, de sorte que la maladie n'avait pas de caractères précis.

6° Le *lupus* tuberculeux et ulcéreux produit des destructions à la face; mais son siége y est circonscrit, sa couleur est vive, ses tubercules sont petits et mous. L'absence des taches, de l'anesthésie, etc., distingue encore ces maladies.

7° L'*ecthyma cachectique* général a été pris pour un éléphantiasis des Grecs, ainsi que le démontre une observation de Tellinge [2]. Une pareille erreur sera évitée par la plus simple comparaison des symptômes.

8° L'*éléphantiasis des Arabes* a été confondu avec l'éléphantiasis des Grecs. Rappelons les différences qu'il présente. Il forme toujours une maladie locale, circonscrite à une ré-

(1) *Bullet. de la Soc. méd. d'Émulat.*, t. VII, p. 90.
(2) *Ancien Journal*, t. XLV, p. 212.

gion, le plus généralement aux membres, surtout aux inférieurs; il donne à la partie affectée un volume considérable, une surface rugueuse, mamelonnée; il ne trouble pas les fonctions du système nerveux, n'altère pas la sensibilité, laisse les os intacts, ne produit ni atrophie ni destruction des tissus. S'il se propage, c'est par continuité de tissu, et non par l'intervention d'une diathèse.

h. — Prognostic de l'éléphantiasis des Grecs. — La gravité de l'éléphantiasis des Grecs a été reconnue de tout temps. Cette maladie cause la mort, non par des accidents immédiats, mais par une lente désorganisation. Les lépreux, selon la remarque d'Adams, arrivent rarement à un grand âge; mais ils semblent le plus souvent périr d'une maladie accidentelle [1]. Il est probable, d'ailleurs, que chez eux la résistance vitale est amoindrie, et que des maladies susceptibles de guérir chez d'autres sujets sont promptement mortelles pour eux.

Les faits de guérison déjà cités et quelques autres constatant de notables améliorations, servent à soutenir l'espoir des malades et encouragent les médecins à seconder les efforts salutaires que la nature pourrait tenter.

Le prognostic est d'ailleurs relatif à diverses circonstances. Lorsque la maladie est héréditaire, sa gravité est plus grande. Chez les nègres, les mulâtres, les Indiens, elle est plus dangereuse que chez les blancs [2]. La forme anesthétique est plus funeste que la forme tuberculeuse. Le développement lent laisse moins d'espoir d'une solution favorable qu'une marche plus rapide accompagnée de réaction fébrile. L'ancienneté, la persistance, les progrès successifs de la maladie en annoncent l'incurabilité. Une complication, même en apparence légère, peut devenir promptement funeste.

i. — Thérapie de l'éléphantiasis des Grecs. — I. Dès les premiers temps, on espéra, par quelques *mesures hygiéniques,*

(1) *Morbid poisons*, p. 288.

(2) M. Bergeron a fait cette remarque à Cayenne. Thèse, p. 11.

exercer une grande influence sur la prophylaxie ou la thérapie de cette grave affection. Moïse défendit l'usage de la chair de porc; plus tard, on enferma les lépreux dans des hospices, ou on les relégua dans des îles inhabitées.

Ce déplacement avait un double but : l'un, d'éloigner les lépreux d'un contact qui était censé pernicieux aux individus bien portants; l'autre, de leur procurer une alimentation appropriée.

On a regardé la chair de tortue et les végétaux comme d'un usage salutaire. Il paraît effectivement, d'après l'expérience de Schilling (p. 39), que les malades se trouvent mieux de ce genre d'aliments, ainsi que du lait pur, que de la viande et du poisson. On conçoit que si dans les premiers temps de la maladie il existe un état de pléthore, ou un excès de fibrine et d'albumine du sang, les aliments trop nutritifs doivent être nuisibles. Les bains tièdes ont été prescrits en même temps que le régime végétal [1].

L'éléphantiasis des Grecs étant très-commun dans les îles, et en général sur les côtes maritimes, on a donné le conseil d'envoyer les malades dans des lieux secs et élevés, vers les régions centrales des continents. Cette recommandation est très-rationnelle; mais l'expérience n'a rien appris de positif sur son degré d'utilité. Toutefois, il sera toujours convenable d'éloigner les spédalskhes des pays habituellement humides. On devra aussi ne pas les envoyer dans des contrées exposées à une chaleur ardente et sèche. Une température moyenne, un air un peu frais, leur convient mieux; l'air des montagnes bien exposées, et non celui des vallées profondes, doit leur être favorable.

II. On a proposé, pour combattre directement l'éléphantiasis des Grecs, divers moyens dont l'énoncé suffit pour en faire juger les inconvénients ou l'insuffisance. 1° On avait cru reconnaître que les castrats n'étaient pas sujets à la lèpre; d'où le conseil d'opérer la castration pour guérir cette

(1) Thorstensen, *Mémoires de l'Acad. de Méd. de Paris*, t. VIII, p. 50.

maladie [1]. 2° En admettant que le sang est vicié dans cette affection, on a espéré la guérir par la transfusion de celui d'un agneau [2]. 3° On s'est imaginé en Amérique que la morsure du serpent à sonnettes pouvait délivrer de la lèpre. Quelques malades se sont soumis à ce dangereux expédient. Ils sont morts en vingt-quatre [3] et quarante-huit [4] heures. 4° Galien rapporte qu'un lépreux fut sauvé en buvant du vin dans lequel une vipère avait séjourné quelque temps; de là les vertus attribuées à cet ophidien, vertus dont l'expérience a démontré la nullité.

III. Des moyens d'un autre ordre ont été employés contre l'éléphantiasis des Grecs.

1° Les *émissions sanguines*, locales ou générales, ont paru indiquées dans les premiers temps et dans quelques cas; mais elles ne peuvent avoir qu'une utilité momentanée.

2° Il en est de même des *purgatifs*, autrefois si vantés, des absorbants, des délayants, des apéritifs [5].

3° Les préparations *mercurielles* ont été employées infructueusement et même avec désavantage.

4° L'*antimoine*, et surtout le soufre doré et l'essence antimoniale d'Huxham [6], ont eu quelque utilité.

5° Les préparations d'*or* ont eu des partisans [7].

6° L'*arsenic* était depuis très-longtemps employé aux Indes-Orientales. Trituré avec le poivre, il servait à composer des pilules, nommées *asiatiques* à cause de cette origine. Ce remède est devenu d'un emploi très-fréquent dans la thérapie des affections cutanées chroniques. Il a été donné comme

(1) Conseillée par Archigène. (Aétius; *Tetrab.* IV, serm. I, cap. CXXII, p. 149.) — Voici la conclusion d'une thèse d'Arnaud et Fouque : *Ergo castratio elephantiasin solvit*. Parisiis, 1625. (Sprengel; *Hist. de la Méd.*, t. IX, p. 236.)

(2) On dit qu'en 1683, cette tentative fut faite avec succès, par Kaufmann et Purmann, à Francfort-sur-l'Oder. (Sprengel; *Hist. de la Méd.*, t. IV, p. 124.)

(3) Mala et Reis, de Rio-Janeiro. *Gaz. méd.*, t. VII, p. 11.

(4) Rendu; *Bullet. de l'Acad. des Sciences*, sept. 1846.

(5) Couzier; *Ancien Journal*, t. VII, p. 409.

(6) Boeck, de Stockholm; *Mémoires de la Soc. royale de Méd.*, t. V, p. 202.

(7) *Bullet. de Thérapeut.*, t. VII, p. 42.

spécifique de la lèpre [1]. La dose de l'arsenic blanc a été portée à près d'un centigramme, répétée deux ou trois fois par jour [2]. On a eu recours à la solution de Fowler, à la liqueur de Donavan, sans une utilité plus marquée [3]. Les arsenicaux peuvent produire une irritation gastro-intestinale et provoquer la fièvre. Il faut alors en suspendre l'emploi.

7° Edw. Cooke, chirurgien à Syther, dans l'Inde, a donné l'*acide nitrique* à la dose de dix gouttes dans 250 grammes d'eau, deux fois par jour ; il dit avoir réussi quatre fois sur six à améliorer l'état des malades [4].

8° Chisholm rapporte qu'une négresse de la Martinique employait avec succès le *chlorate de potasse* [5].

9° Les *iodures* de potassium, de soufre et de fer essayés n'ont produit que des améliorations passagères.

10° Le *bromure de potassium* à la dose de 1 gramme dans 240 grammes d'eau (trois cuillerées par jour) a été employé par MM. Danielssen et Boeck avec quelque utilité.

IV. De nombreux végétaux ont été administrés comme remèdes de l'éléphantiasis des Grecs.

1° Thomas Heberden [6] et Edw. Roberts [7] font l'éloge des préparations de *quinquina*.

2° L'extrait de *ciguë* s'est montré utile à Sumeire de Marignane et nuisible à Vidal [8].

3° Le *ledum palustre* a été préconisé par Odhelius [9].

4° Le *mudar* ou *madar*, écorce de la racine de l'*asclepias* ou *calotropis gigantea*, a été employé avec succès à Calcutta

(1) *Asiatic researches*, t. II, p. 156. — *Edinburgh Med. and Surg. Journ.*, t. III, p. 19. — *Med. facts*, t. IV, p. 171. — *Annales de Littér. méd. étrang.*, t. II, p. 563. — *Bullet. de la Soc. méd. d'Émulat.*, t. IV, p. 399.

(2) Malius ; *De elephantiasi arsenico curata*. Regiomonti, 1803. (Martius, p. 184.)

(3) Danielssen et Boeck, p. 348.

(4) *Edinb. Journ.*, t. III, p. 18. — *Bullet. de l'École de Méd. de Paris*, 1808, p. 95.

(5) *Annals of Medicine*, 1800, t. V, p. 399.

(6) *Med. Transact.*, t. I, p. 34.

(7) *Ibid.*, t. V, p. 800.

(8) *Mémoires de la Soc. royale de Méd. de Paris*, t. V, p. 179.

(9) *Mémoires de l'Acad. de Suède*. Stockholm, 1779-1784. (*Ancien Journal*, t. LX, p. 598; t. LXV, p. 104.)

par Vos, par Wilson ([1]), par Robinson ([2]), par Cazanova ([3]), qui l'ont prescrit en poudre à la dose de 15 à 25 centigrammes deux fois par jour.

5° L'*assacou (hura brasiliensis)*, appartenant à la famille des euphorbiacées, jouit d'une certaine réputation à Sainte-Marie de Belem, au Para, province du Brésil ([4]).

6° L'*hydrocotyle* ou *bevilacqua asiatica* a obtenu récemment une rapide réputation. La guérison d'un forçat, l'amélioration obtenue chez plusieurs malades, notamment chez un médecin de Maurice, le Dr Boileau, avaient servi de base à l'opinion très-favorable de MM. Poupeau et Houbert, médecins à Pondichéry, et Lépine, pharmacien de 1re classe de la marine ([5]). On donnait ce médicament à la dose de 1 à 6 grammes, en poudre ou en décoction (60 grammes pour deux litres d'eau réduits à un); mais des essais nouveaux n'ont pas confirmé les résultats des premiers observateurs. La mort de Boileau, arrivée à la fin de 1854, deux ans après qu'il eut commencé le traitement par l'hydrocotyle ([6]), a détruit la confiance que ce remède avait d'abord inspirée.

V. On a prétendu que les nègres lépreux envoyés dans les îles où s'exploite le *guano* en étaient revenus guéris. De là l'idée d'employer cette substance comme remède de l'éléphantiasis des Grecs ([7]) : on l'a donné à l'intérieur (30 grammes dans de l'eau d'orge) et en bains (500 grammes). M. Perez Gonzalès l'a essayé selon ce dernier mode, et paraît avoir obtenu quelque amélioration. Mais ses essais n'ont été ni assez nombreux ni assez prolongés ([8]).

VI. Les *bains sulfureux* ont été fréquemment prescrits

([1]) *Transact. of the Med. Soc. of Calcutta*, t. II, p. 409.

([2]) *Med.-chirurg. Transact.*, t. X, p. 31. — Ce végétal a paru utile à Robinson, spécialement dans la variété anesthétique.

([3]) *Bullet. de Thérap.*, t. X, p. 353.

([4]) Rapport de Gibert et Mérat. (*Bullet. de l'Acad. de Méd. de Paris*, t. XIV, p. 114.)

([5]) Mémoire de Lépine. Pondichéry, 1854. (*Bullet. de Thérap.*, déc. 1858.)

([6]) Bertin, de l'île Maurice. (Thèses de Paris, 1856, n° 269, p. 46.)

([7]) Communication de M. J. Cloquet, à l'Académie de Médecine. (*Bullet.*, t. XVI, p. 860.)

([8]) *Telegrapho medico de Barcelone*. (*Revue méd.-chirurg.*, t. V, p. 300.) — Thèse de Perez Gonzalès fils. Paris, 1851, n° 78, p. 15.)

dans les cas d'éléphantiasis des Grecs. Les malades que j'ai vus et qui ont fait usage des eaux de Bagnères-de-Luchon, n'en ont pas obtenu d'avantages marqués. Je crois cependant ce modificateur d'une utilité réelle. Mais je suis persuadé que les bains trop chauds restent sans succès ou même peuvent nuire. Je préfère ceux qui sont pris aux sources sulfureuses froides, dont on élève la température de 25 à 30 degrés centigrades ([1]). L'air pur et frais des montagnes doit ajouter aux résultats heureux qu'on peut espérer de l'emploi de ce genre de moyen. Les bains sulfureux artificiels sont administrés quand il n'est pas possible aux malades de se transporter aux sources naturelles. On les alterne utilement avec des bains alcalins.

VII. Des moyens locaux ont été prescrits pour arrêter les progrès de l'éléphantiasis tuberculeux. Albucasis s'est servi des caustiques et même du fer rouge ([2]); d'autres ont conseillé l'application des vésicatoires, de la pommade stibiée, d'une solution de potasse caustique, etc. Mais que peuvent ces moyens, quelque actifs qu'on les suppose, contre une maladie dont la cause est générale et dont les effets tendent à se répéter sur toute la surface du corps? On n'aboutirait qu'à hâter les ulcérations, déjà trop promptes à se former.

MM. Danielssen et Boeck ont promené sur le fond de la cavité gutturale, dans les cas de suffocation imminente, un pinceau trempé dans la solution de potasse miélée. La toux peut devenir plus vive, mais le passage de l'air dans le larynx est rendu plus libre ([3]).

Les moyens externes sont indiqués dans la forme anesthétique. Ce sont les ventouses scarifiées, les moxas le long du

([1]) On emploie aux Pyrénées des moyens défectueux soit pour abaisser, soit pour élever la température des bains. Je recommande, dans le premier cas, d'ajouter de l'eau la plus froide possible quoique naturelle, et dans le second, de l'eau bouillante, ou mieux en vapeur; de la sorte, il ne faut, soit de l'une, soit de l'autre, qu'une petite quantité, et l'eau sulfureuse très-peu étendue et immédiatement employée conserve toute son activité.

([2]) *De chirurgia ed. Arab. et Lat.*, Channing, in-4°. Oxon., 1778, p. 1, cap. XI, s. 47, p. 94.

([3]) *Traité de la spédalskhed*, p. 352.

rachis, les pommades stimulantes sur les parties insensibles. On dit que l'électricité a fait disparaître les taches et a ramené la sensibilité (1). Je pense que les douches sulfureuses, que la douche écossaise sur le rachis et sur les membres, pourraient opérer d'heureux changements.

VIII. En résumé, le traitement de l'éléphantiasis des Grecs offre comme principales ressources les pilules asiatiques ou la solution de Fowler, ou le bromure de potassium; les bains sulfureux frais et les bains alcalins, dans la variété tuberculeuse; les révulsifs et les stimulants, dirigés sur le rachis et sur les membres dans la variété anesthétique. Ces deux séries de moyens seront combinées si les deux formes coexistent.

V. — RADESYGE.

On se sert en Scandinavie, et principalement en Norwège, du mot *radesyge* (2) pour désigner une maladie endémique constituant un genre plus ou moins voisin du précédent.

Dans le dernier siècle, les mots *radesyge*, *saltflod* ou *saltfluss* et *spédalskhed*, étaient indistinctement attribués à l'éléphantiasis des Grecs (3). Arboë en 1792, Mangor en 1793, et Pfefferkorn en 1797, ne parvinrent pas à diminuer la confusion. Toutefois, Mangor s'occupa du traitement avec quelque succès; il montra les bons effets d'un régime sévère et de l'usage de la salsepareille et de la ciguë dans l'état morbide plus particulièrement nommé radesyge. Pfefferkorn (4) signala la fréquence et la bénignité de cette forme pathologique chez les femmes, l'influence fâcheuse d'une mauvaise alimentation, du froid et de l'humidité. Il mentionna, au début de la maladie, une phlegmasie des cavités nasales, une pharyngite, l'enroue-

(1) Danielssen et Boeck, p. 173.

(2) On suppose que ce mot vient du danois *syge*, maladie, *rade*, atroce, ou *rad*, effrayant, ou *raad*, écaille de poisson. (*Revue méd.*, 1830, t. II, p. 95.)

(3) Gilesen; *De elephantiasi Norwegica*. Hafniæ, 1785, p. 1.

(4) *Uber die Norwegische, etc.* Altona, 1791. (*Notice sur le radesyge de Norwège, ou lèpre du Nord*, analysée par Demangeon, dans *Biblioth. méd.*, t. XII, p. 105; — et *Journ. général de Méd.*, t. XXV, p. 129.)

ment, puis la formation de taches et de tumeurs noueuses et verruqueuses, se couvrant de croûtes écailleuses ou formant des ulcérations à bords durs et bleuâtres; enfin, il parla d'insensibilité, d'extinction de la voix, de roideur des membres, de chute des os, etc. Ainsi, comme il est facile d'en juger, c'était la spédalskhed qu'il avait sous les yeux quand il croyait décrire le radesyge.

Bientôt après, cette dernière maladie fut plus soigneusement distinguée, et on crut lui trouver de l'analogie avec la syphilis. Ahlander (1) et Boëker (2) l'étudièrent à ce point de vue. Toutefois, Boëker reconnut qu'il n'y a point identité; car la maladie ne commence ni par une blennorrhagie, ni par des chancres, ni par des bubons; bien que contagieuse, elle ne se contracte pas par le coït, et on pourrait, selon l'expression de Hollberg, l'appeler la *syphilis insontium*. On observe des taches ou des tumeurs, un coryza, une stomatite, une pharyngite, des ulcérations; la voix est voilée; quelquefois la maladie commence aux environs de l'anus, plus rarement aux parties génitales, et alors plutôt sur la peau du pénis et sur le scrotum qu'au gland et à la face interne du prépuce. Les ulcérations sont arrondies, entourées d'une large auréole cuivrée; la matière qu'elles fournissent est claire et rarement fétide; la sensibilité des parties altérées varie. Elles peuvent guérir et laisser des cicatrices blanches. Les os s'affectent aussi; ils se carient et s'exfolient. Le cubitus et le tibia y sont spécialement exposés; rarement les os de la tête. Le radesyge, arrivé à cette période, produit la perte des forces et l'altération des fonctions. Mais il est susceptible, avant cette période extrême, de guérir spontanément; et d'ailleurs, le mercure, la ciguë et les sudorifiques, hâtent la guérison, qui n'est pas toujours exempte de récidives. Enfin, Boëker a mentionné la complication de la syphilis et du radesyge comme rendant

(1) *Dissert. de morbo cutaneo luem veneream consecutivam simulante*. Upsaliæ, 1806.

(2) *Sur l'affection cutanée pseudo-syphilitique appelée radesyge qui règne dans une partie de la Norwège et de la Suède*. Upsal, 1809. Analysé dans *Edinb. Med. and Surg. Journ.*, t. V, p. 420.

celui-ci très-opiniâtre ([1]). On reconnaît dans ce tableau une maladie différente de l'éléphantiasis des Grecs et de la syphilis, malgré quelques traits communs.

Osbeck ayant considéré le radesyge comme une syphiloïde, le traita par le régime (viande rôtie et pain, quantité mesurée), les pilules d'extrait de cerfeuil sauvage, la décoction de squine, l'emploi local de l'eau phagédénique, etc. ([2]).

Fréd. Holst, qui semblait prêt à résoudre le problème de la nature et de la curation du radesyge ([3]), n'a cependant en réalité exposé que l'histoire de la spédalskhed. Sa dissertation n'a donc en rien éclairé la matière. Je peux en dire autant de celle de Gedike, qui rattache plus clairement le radesyge à la lèpre tuberculeuse ([4]).

Un sentiment opposé a été soutenu par Weigel et Hünefeld ([5]). La lèpre, disent-ils, est héréditaire, le radesyge ne l'est pas. La première n'est pas contagieuse; le second l'est par toutes sortes d'agents : vêtements, verres, pipes, lits. La première marche avec lenteur, le second avec rapidité. L'un exerce une influence marquée sur les organes sexuels; il n'en est pas de même de l'autre. L'un produit la fétidité de l'haleine, l'orthopnée, une coloration particulière de la peau; l'autre ne les occasionne pas. Toutefois, le radesyge exerce son action sur les muqueuses du nez, de la bouche, de la gorge (taches cuivrées), sur la peau (tubercules, ulcères et squames), sur les os (exostoses et caries). Hünefeld trouve dans cet ensemble de symptômes de l'analogie avec la syphilis; mais il fait remarquer qu'à l'inverse de celle-ci, le radesyge débute par un état général et finit par des lésions locales; qu'il épargne les organes génitaux, qu'il est rarement transmis

([1]) *Journal général*, t. XXV, p. 574.

([2]) *Bullet. des Sciences méd.* de Férussac, t. XX, p. 412.

([3]) Du moins à en juger par le titre de sa dissertation : *Morbus quem radesyge vocant, quinam sit, quanamque ratione è Scandinavia tollendus?* Christiania, 1817. (Jos. Frank; *Delectus opusculor.*, t. II, p. 1.)

([4]) *De morbo quem radesyge dicunt in Norvegia endemico.* Berolini, 1819, p. 13.

([5]) *Le radesyge, ou la syphiloïde scandinave*, par Hunefeld. Leipsick, 1828. (*Bullet. des Sciences méd.* de Férussac, t. XVIII, p. 387; — et *Revue méd.*, 1830, t. II, p. 95.)

par le coït. Ce n'est donc pas une maladie syphilitique, mais une syphiloïde, due à la malpropreté, à la misère, à l'usage du poisson séché, fumé, altéré, à l'humidité de l'air, et peut-être à une dégénération ou une modification du virus vénérien.

Dans un voyage que Charlton fit en Norwège, il reçut les communications des D[rs] Hinfeld et Hubner, qui n'admettaient pas une dégénérescence syphilitique. Cependant, Charlton insiste sur la circonstance importante de l'efficacité des préparations mercurielles dans le traitement du radesyge (1).

Lorsque M. Martins visitait, en 1838 et 1839, les hôpitaux de Drontheim et d'Althen, on lui montra divers sujets qui étaient affectés de la lèpre tuberculeuse, mais qu'on lui désigna comme présentant des exemples de radesyge (2); il s'aperçut plus tard de l'erreur qu'on lui avait fait commettre (3), et que MM. Danielssen et Boeck n'ont pas manqué de relever (4).

Le D[r] Hjort, désirant éviter la confusion, crut utile de spécifier le radesyge par un nom nouveau, celui de *thæria* (du grec φηριον, *affreux*, *redoutable*), nom vague qui est inusité. Il a établi des thæria *pustulosa, subcutanea, tuberculosa, faucium, oris, nasi*, etc. Ces mots n'avaient rien de significatif, et la maladie qu'ils désignent était encore constituée par des tubercules rougeâtres ou incolores et des ulcères irréguliers, à fond grisâtre comme lardacé, couverts de croûtes jaunâtres ou noirâtres; altérations qui s'observaient à la peau, sur les muqueuses du nez, de la bouche, du pharynx, détruisant les parties molles jusqu'aux os (5). Cette màladie, qu'on l'appelât *thæria* ou *radesyge*, n'en demeurait pas moins une simple modification de la spédalskhed.

Des documents importants sont dus au D[r] Kjerrulf (6). Le

(1) *Edinb. Med. and Surg. Journ.*, 1837, july. (*Gaz. méd.*, t. V, p. 556.)

(2) *Revue méd.*, 1838, t. IV, p. 434; *ibid.*, 1844, t. I, p. 275.

(3) *Ibid.*, 1841, t. I, p. 280.

(4) *Traité de la spédalskhed*, p. 19. MM. Danielssen et Boeck combattent l'opinion de l'identité de la spédalskhed et du radesyge. (P. 20.)

(5) *Revue méd.*, 1841, t. I, p. 279.

(6) Hygiea, 1850, p. 193 et 251. (*Dublin quarterly Journ. of med. Sciences*, 1852, nov., p. 428.) Ces documents ont été empruntés dans le pays même par le D[r] Magnus Huss, pour son *Histoire des maladies endémiques de la Suède*.

radesyge, selon ce médecin, a été observé sur les bords de la mer [1]; il attaque tous les âges, mais surtout les sujets de vingt à trente ans, et les femmes plus que les hommes (dans le rapport de 6 à 4). Il n'est ni héréditaire, ni contagieux. On suppose qu'il est produit par l'usage presque exclusif du poisson et des pommes de terre; aussi le voit-on surtout chez les pauvres.

Cette maladie est annoncée par des *douleurs* vagues, générales, passagères pendant un laps de temps plus ou moins long, puis fixes et permanentes dans quelques points du crâne ou du milieu des membres. Ces douleurs, plus vives le soir et la nuit que le jour, dénotent une *périostite* et quelquefois une lésion des lames les plus superficielles des os correspondants.

Au voisinage et en d'autres points, de petits *tubercules* se forment sous la peau, dans le tissu cellulaire. Ils sont isolés ou réunis en grand nombre, mobiles et durs, puis ils se ramollissent et adhèrent à la peau, qui devient rouge et se détruit. Il en résulte des *ulcérations* arrondies, larges, à bords durs et peu sensibles.

Au bout d'un certain temps, ces solutions de continuité se ferment en laissant une cicatrice inégale d'un blanc luisant, avec adhérence de la peau aux tissus sous-jacents.

Des lésions analogues peuvent se produire sous les muqueuses de la bouche et du pharynx.

D'après M. Kjerrulf, cette maladie est générale, constitutionnelle. Elle n'a lieu qu'une fois chez le même sujet, et préserve de la phthisie pulmonaire. Pendant son cours, on ne voit survenir ni fièvres, ni rougeole, ni scarlatine. Les bossus, les individus atteints de cancer, n'en sont jamais affectés. Toutefois, le cancer peut s'emparer des femmes âgées qui auraient eu longtemps auparavant le radesyge. Enfin, cette maladie paraît décroître par l'amélioration de l'hygiène des classes inférieures.

[1] Elle serait assez rare, puisqu'on ne rencontre qu'un seul cas sur 5,000 individus.

Tels sont les principaux travaux qui ont été publiés sur le radesyge. On a pu remarquer leur incohérence. Il faut espérer que la maladie aura disparu avant que les observateurs aient pu s'entendre à son égard. Cet espoir commence à se réaliser; car M. Delioux de Savignac, visitant naguère les hôpitaux de Trondhjem (ou Drontheim), n'en a pu rencontrer qu'un seul cas, et encore ce prétendu radesyge avait plutôt les apparences d'un lupus de la pire espèce, ayant corrodé les fosses nasales, les cavités orbitaires, et tellement détruit le centre du visage, qu'un masque de liége était nécessaire pour combler le vide le plus hideux ([1]).

VI. — MALADIE DU DITHMARSEN.

Le Dithmarsen, situé sur la Baltique, entre l'Elbe et l'Eyder, faisant partie du Holstein, a été le théâtre d'une maladie qu'on a comparée au radesyge.

Ce furent, selon Struve, des ouvriers norwégiens qui la transportèrent en 1785. Hubener admit l'analogie de ces maladies ([2]). Mais dès l'année 1805, Fischer de Kiel n'y voyait qu'une complication de la syphilis et du scorbut, et J.-Ad. Rau, après en avoir observé plusieurs cas en Poméranie, à la clinique de Gripswald, qualifia cette maladie de pseudo-syphilis, et constata son identité, à quelques nuances près, avec celle du Holstein ([3]). Dührsen a regardé cette affection comme une sorte de protée empruntant ses traits non-seulement à la syphilis, mais encore à la goutte, au rhumatisme, aux scrofules, à la gale et au scorbut. D'après Francke, c'est une maladie syphilitique générale, ou une syphilis exanthémateuse non précédée de phénomènes primitifs ([4]).

Il paraît, en résumant les récits assez obscurs de ces méde-

([1]) *Archives*, 5e série, t. X, p. 399.

([2]) *De morbi dithmarsici natura et indole*. Kiliæ, 1821.

([3]) *De morbo pseudo-syphilitico sive dithmarsico pomeraniæ transpanensis*. Berolini, 1824, p. 31.

([4]) Carl.-Moritz Francke : *Morbus dithmarsicus*. Kiliæ, 1838, p. 31-34.

cins, que la maladie du Dithmarsen est plus ou moins fréquente chez les jeunes sujets, chez les femmes mariées; rare chez les adultes robustes et chez les vieillards; qu'elle n'est pas positivement héréditaire; qu'elle n'est contagieuse ni par l'air, ni par le coït, mais qu'elle peut l'être par le contact des surfaces malades ou par l'usage des mêmes vêtements, des mêmes ustensiles (Francke, p. 17); qu'elle est favorisée dans son développement par l'humidité marécageuse du voisinage de la Baltique et par le défaut de soins hygiéniques des habitants.

Cette maladie, souvent précédée par des symptômes de rhumatisme, se montre d'abord sous l'aspect de taches rosées, qui deviennent ensuite de couleur cuivrée, ou de papules suivies de pustules, de phlyctènes et d'ulcérations sans anesthésie. A l'origine des muqueuses, il se forme des végétations analogues à des condylômes; la conjonctive se couvre d'excroissances. Il survient un rhinite, une stomatite, une pharyngite. Les os s'altèrent. Ceux des cavités nasales et des mâchoires se corrodent. Rau a vu les os du crâne, exfoliés en quelques points, laisser la dure-mère à nu (p. 14). D'autres fois, ce sont les os des extrémités qui sont tuméfiés, cariés ou nécrosés.

On ne remarque que très-rarement des altérations aux organes sexuels; cependant on a trouvé des excroissances aux parties génitales chez des vieilles femmes qui ne s'étaient point exposées à la contagion syphilitique.

On reconnaît, par cet aperçu, les différences qui distinguent cette maladie, soit du radesyge, qui est caractérisé par des tubercules et des ulcérations, soit de la syphilis, qui est contagieuse et signalée dans son principe par des phénomènes locaux.

La maladie du Dithmarsen peut se terminer favorablement; mais elle devient grave quand les os sont affectés.

Les soins hygiéniques, un bon régime, les sudorifiques, les mercuriaux, unis aux purgatifs et aux opiacés, ont été les moyens les plus utiles.

VII. — MALADIE DE L'ESTONIE.

On retrouve en Estonie, province russe au nord de la Livonie, sur les bords du golfe de Finlande, une maladie qui a de nombreux rapports avec la précédente.

Bluhm avait cru, en 1790, à une syphilis de la gorge et de la peau. Winker éleva des doutes sur cette opinion, et Baer admit plutôt une maladie lépreuse (1). Erdmann rattacha cette affection au radesyge (2). Mais Seidlitz la regarda comme une sorte de syphilis modifiée par son union avec la scrofule, et la trouva très-analogue à la maladie du Holstein (3). G. R. Meyer a donné de cette affection endémique une histoire détaillée (4), dont voici les principales circonstances :

Elle ne se transmet pas par la copulation ; cependant, elle s'est manifestée parfois chez le mari et la femme en même temps (Mayer, IVe et Ve Obs.). Elle ne paraît pas héréditaire, bien que quelques faits particuliers aient permis de le supposer (p. 13). On l'observe chez les individus exposés au froid et à l'humidité, qui se nourrissent de poisson et de porc. Elle est précédée d'affections catarrhales ou rhumatismales, et s'annonce par des taches rougeâtres, puis violacées ou cuivrées, légèrement saillantes, se recouvrant de squames, ou de papules, ou de pustules, ou d'ulcérations, surtout aux membres inférieurs. Il se forme aussi des tumeurs et des ulcères aux environs de l'anus, aux grandes lèvres ou au scrotum. Les ongles deviennent cornés. Il survient des altérations graves dans la bouche, la gorge, le nez. Les os se carient à la face, ou au crâne, ou même au rachis, tandis que ceux des membres ne présentent ni exostoses ni nécroses. On n'observe pas d'anesthésie. Le mercure est employé avec succès.

(1) *De morbis inter Esthonos endemicis*. Dorpati, 1814, p. 74.

(2) *Annales Scholæ clinic. Dorpat*. Dorpati, 1821, p. 7.

(3) *De præcipuis oculor. morb. inter Esthonos obviis*. Dorpati, 1821, p. 54.

(4) *Quædam de morbo leproso inter rusticos Esthonos endemico*. Rivaliæ Esthonorum, 1824.

VIII. — MALADIE DU SCHERLIEVO OU DE FIUME.

Scherlievo est un village peu distant de Fiume, de Grommico, de Buccari, de Novi, etc., où se montra en 1800 une maladie rapidement propagée dans les districts de la Morlaquie, situés au fond du golfe de Quarnero. Cette maladie atteignit 4,000 individus sur une population de 15,000. On prétendit qu'elle avait été apportée, dix ans auparavant, par des matelots revenant d'une guerre contre les Turcs.

Cette origine, tout à fait hypothétique, fit penser que le mal était contagieux et de nature vénérienne; il est vrai qu'il s'accompagnait de douleurs ostéocopes et cédait au mercure.

La rapide extension de la maladie du scherlievo appela la sollicitude des gouvernements. Une Commission des professeurs de l'Université de Pesth, sous la direction de Stahli, les docteurs Cambieri et Bagneris, se rendirent en Illyrie et constatèrent les faits. Double fut chargé, en 1811, de présenter un rapport sur les documents reçus à Paris (1). Ce travail donna une idée de la maladie, qui prit le nom du village où elle avait d'abord paru. Le scherlievo fut étudié bientôt après sur les lieux par Boué, qui en fit le sujet de sa Thèse (2).

En 1837, des renseignements exacts furent envoyés à M. Natalis Guillot par le Dr de Moulon, médecin à Trieste (3). Le scherlievo s'était répandu dans cette ville, où il ne tarda pas à décroître, et en outre près de Raguse, à Brenn et en Carniole, surtout dans le voisinage de Grobnigger. Depuis 1818, deux hôpitaux avaient été institués, l'un à Porto-Ré, l'autre à Fiume, pour recevoir les malades atteints par l'endémie, qui a été encore étudiée dans la Dalmatie, dans la Croatie et dans une partie de la province de Venise par Backes (4). Le professeur Sigmund, de Vienne, a fait connaître les ré-

(1) *Journal général* de Sédillot, t. XLII, p. 3.

(2) *Essai sur la nature du scherlievo*. Paris, 1814, nº 132.

(3) *Presse médicale*, 1837, nº de mai, p. 273.

(4) *Nonnullas de morbo qui scherlievo dicitur*. Vindobonæ, 1843, p. 6.

sultats de ses recherches sur le même sujet [1]. Il a constaté la présence d'une maladie de même nature à Frenga, en Servie, à Falcade [2], dans la province de Bellune, et de plus en Bulgarie et en Valachie [3].

Le scherlievo n'épargne, dans les contrées où il règne, ni âge, ni sexe; mais il sévit principalement sur les individus pauvres des communes rurales [4]. On l'avait jugé éminemment contagieux, se contractant par les vêtements et les ustensiles, et plus souvent par la bouche que par toute autre voie [5]. Mais M. de Moulon ne croit pas à la contagion, ayant vu dans des familles le scherlievo n'affecter qu'un seul individu, soit le mari, soit la femme [6]. Le scherlievo avait été assimilé à la syphilis [7]. Mais des renseignements fournis à Double, il résultait que le coït n'en était pas la source ordinaire. M. de Moulon a remarqué la rareté de la blennorrhée, surtout chez l'homme, au début de la maladie. Il a vu le scherlievo et la syphilis se compliquant, celle-ci guérir, tandis que celui-là persistait. Beckes, Sigmund, n'en admettent pas moins l'origine vénérienne du scherlievo, qu'ils regardent comme un composé des phénomènes consécutifs de la syphilis.

Les symptômes que présente cette maladie suivent un cours assez régulier. Dans une première période, on observe de la lassitude, des douleurs dans les os, surtout la nuit, et des tuméfactions ganglionnaires. Dans une seconde, la bouche, le pharynx, le larynx, les cavités nasales s'affectent; il s'y forme des plaques d'un enduit blanchâtre et des ulcérations. En même temps, il survient des tumeurs pisiformes sous-cutanées (comme dans le radesyge), principalement aux membres, et la peau se couvre de taches irrégulières un peu saillantes, parfois de végétations. Dans une dernière période,

(1) Extrait dans *Archives*, 1855, 5e série, t. VI, p. 607.

(2) C'est la *falcadina*.

(3) Où elle est appelée *Boula*. (*Ibid.*, p. 608.)

(4) De Moulon assure que les charbonniers en sont exempts. (P. 279.)

(5) Backes, p. 15.

(6) *Presse médicale*, p. 278.

(7) Double admet que c'est une syphilis analogue à celle de 1494.

les os se gonflent, se courbent, des ulcérations se creusent aux membres inférieurs, des caries et des nécroses produisent à la face des déformations considérables.

Le scherlievo est très-lent dans sa marche. Il peut cesser et récidiver ; mais il n'est pas mortel par lui-même. Toutefois, ses complications fréquentes avec la syphilis, les scrofules ou le scorbut, lui donnent un haut degré de gravité. Il est susceptible de guérison spontanée. Mais cette terminaison est rare.

Le traitement est efficace dans les premiers temps de la maladie. Les mercuriaux, surtout le sublimé uni à l'opium, et les sudorifiques, réussissent fort bien. On s'est servi des fumigations de cinabre avec avantage (Beckes, p. 22). Quand la maladie est ancienne ou récidivée, le mercure est nuisible. On s'en tient au régime analeptique, aux toniques, aux antimoniaux et aux bains sulfureux.

IX. — MALADIE DU CANADA.

Swediaur [1], Adams [2], font mention d'une maladie spéciale survenue au Canada, dans la baie de Saint-Paul, en 1775, et devenue très-commune en 1786. Cette maladie, de nature contagieuse et héréditaire, consistait en des pustules et des ulcérations de la peau et des muqueuses, avec douleurs nocturnes, carie des os du nez, du palais et même du crâne. Elle était traitée avec succès par le mercure et la sapinette du Canada *(abies canadensis)*.

X. — MORULA D'IRLANDE *(BUTTON-SCURVY)*.

On a observé dans les provinces centrales et méridionales de l'Irlande une maladie cutanée chronique, constituée par des excroissances d'apparence verruqueuse. Cette dermatose, appelée dans le pays *button-scurvy*, n'a point été décrite par les auteurs classiques. M. Moore Neligan ne l'a même pas

[1] *Traité des maladies vénériennes*, t. II, p. 307.
[2] *Morbid poisons*, p. 194.

mentionnée. En 1837, un médecin de l'hôpital de Jarvis-Streat, à Dublin, fit une leçon sur ce sujet. Carmichaël et Osbrey en parlèrent quelques années après; et le Dr Patterson, de Rathkeale, en a donné la description et a proposé de l'appeler *ecphyma globulus* (1). M. Corrigan en a fait mention dans son cours de l'année 1845, sous le nom de *morula* (2).

Cette maladie n'a aucun rapport avec le scorbut. Les tumeurs qu'elle produit ressemblent à des condylômes syphilitiques. On l'a rapportée à la syphilis. Corrigan incline vers cette opinion. Mais Patterson a vu des cas où cette dermatose n'avait point une origine vénérienne. D'ailleurs, sa marche n'est nullement celle des syphilides.

Le morula est contagieux à un haut degré. On peut suivre sa trace parmi les individus qui en sont successivement affectés, et remonter à son point de départ.

Il se développe aux parties où le contact s'est effectué. Il y survient d'abord une rougeur et une élévation circonscrites, que le doigt reconnaît. La base en est dure et entourée d'une auréole érythémateuse. La surface sécrète un fluide qui se concrète et forme une croûte. La tumeur s'élève et devient hémisphérique. Elle donne la sensation d'une sorte de fluctuation due à la mollesse spongieuse de son tissu.

On a cru trouver de l'analogie entre ce genre d'excroissance et le rupia à cause des croûtes qui recouvrent l'un et l'autre. Mais, en détachant les croûtes par un cataplasme, on reconnaît la différence des surfaces, qui sont creuses et grisâtres dans le rupia, convexes et rouges dans le morula.

Le morula s'observe souvent sur le scrotum, accompagné de fissures et de rugosités, sur le périnée et sur les fesses. On le voit sur les lèvres, sur les côtés du nez, où quelquefois on a pu le confondre avec le cancroïde, surtout à cause de la sensibilité, qui s'accroît avec la tumeur. Mais il n'y a dans le morula ni ulcération, ni odeur fétide, ni induration lardacée, etc. Cette maladie paraît être purement locale.

(1) *Dublin med. Press*, marsh 1844. (Cazenave; *Annales des mal. de la peau*, t. II, p. 55.)
(2) *Medical Times*, t. XII, p. 216.

On la traite directement par le nitrate d'argent passé à plusieurs reprises, ou par le sulfate de cuivre. Le mercure est donné à l'intérieur et employé localement ; Corrigan atteste son utilité. Patterson au contraire l'a porté jusqu'à la salivation sans obtenir de résultats satisfaisants. Osbrey a eu recours avec avantage à la liqueur d'hydriodate d'arsenic et de mercure.

XI. — SIBBENS.

Le sibbens est propre à l'Écosse, spécialement aux provinces de Galloway et d'Ayrshire. C'est une excroissance fongoïde comparée au fruit du framboisier sauvage (*siwins* ou *sibbens* des Écossais).

La première mention de cette maladie fut faite par Gilchrist en 1765 [1]. Freer émit à son sujet cette singulière conjecture, qu'elle tirait son origine de la copulation de l'insecte mâle de la syphilis avec l'acarus femelle de la gale [2]. Les marins crurent reconnaître dans le sibbens les caractères du yaws.

Adams alla l'étudier à Dumfries, à New-Galloway et dans quelques autres contrées occidentales de l'Écosse [3]. Wills ensuite l'observa dans le Ayrshire [4].

Le sibbens est éminemment contagieux. C'est la pipe qui sert de véhicule ordinaire au principe infectant. La transmission s'opère plus facilement quand la surface du tégument contaminé présente déjà quelque lésion. La contagion peut avoir lieu par les organes sexuels et par le mamelon des nourrices.

La nature syphilitique du sibbens a paru probable à Hill, de Dumfries [5]; mais Adams n'adopte pas cette opinion, à cause de l'absence des symptômes primitifs, de la forme spé-

(1) *Essays, Phys. observ. and Litterary, by a Society in Edinburgh*, 1771, t. III.
(2) *De syphilitide venerea*. Edinb., 1767.
(3) *On morbid poisons*, p. 182.
(4) *London and Edinburgh Med. Journal*, 1844. (*Medical Times*, t. X, p. 189.)
(5) Adams, p. 180.

ciale des excroissances, de leur nombre, de la rapidité de leur marche, etc. Wills est porté à croire qu'une première manifestation du sibbens rend impropre à le contracter une seconde fois.

Une sorte d'incubation succède à l'absorption du principe contagieux. Elle dure de sept à quatorze jours.

La maladie commence par une inflammation diphthéritique, papuleuse et ulcéreuse des muqueuses buccale, tonsillaire, pharyngienne, et peut-être laryngienne; car la voix est souvent rauque. Puis il se forme sur la peau des taches brunes rougeâtres et des petites tumeurs ayant la forme et la couleur de la framboise. Il s'en développe aussi sur la langue et aux commissures des lèvres ayant un aspect verruqueux; les ganglions sous-maxillaires s'engorgent.

Le sibbens produit par le contact des organes sexuels, y présente des excroissances que Wills trouve très-analogues aux condylômes vénériens. Il peut s'en manifester sur les membres, rarement aux orteils. Le sibbens n'étend pas son action jusqu'aux os.

Le traitement repose sur les soins de propreté et sur l'emploi du mercure. Les pilules bleues sont administrées jusqu'à ce qu'il survienne une légère salivation. Maxwell s'est servi avec succès de fumigations mercurielles dirigéee vers la gorge (Adams, p. 184). On cautérise les végétations avec le nitrate d'argent.

XII. — YAWS (*PIAN, FRAMBŒSIA*).

L'Afrique produit une maladie cutanée qui consiste en des pustules, des ulcérations et des excroissances fongueuses d'un caractère spécial. Cette maladie, transportée aux Antilles ou en Amérique, par les nègres, a reçu les noms de *yaws* dans les possessions anglaises, de *pian* ou *épian* dans les colonies françaises, de *bubas* ou *bobas* dans les colonies portugaises et espagnoles. Plusieurs nosologistes la désignent sous le nom de *frambœsia* (1).

(1) Alibert l'appelle *mycosis* (*Monographie des dermatoses*, p. 594), et place sous ce titre : *Le sibbens*, le seherlievo, la maladie de la baie de Saint-Paul, etc.

a. — **Historique.** — Le yaws se répandit peu de temps après que fut établie la traite des nègres. Mais Peyrilhe fait remonter la connaissance de cette maladie au temps de Dioscoride, qui l'aurait observée à Alexandrie chez des Éthiopiens, et l'aurait appelée *terminthe* (1). Cette supposition me semble très-hasardée.

La première notion exacte du yaws est due à John Hume, chirurgien à la Jamaïque (2). Schilling, quelques années après, publia les observations qu'il avait faites à Surinam (3), Desportes celles qu'il avait recueillies à Saint-Domingue (4), Bajon à Cayenne (5). Peyrilhe résuma les faits relatés par divers observateurs (6), et bientôt des dissertations furent présentées sur le même sujet par Macpherson (7), Tode (8), Ludford (9), Kunsemuller (10).

Winterbottom avait étudié le yaws sur la côte d'Afrique (11), Chisholm à l'île de Saint-Vincent (12), Adams dans l'île de Madère (13), Chopitre (14), Saintois de Bonnefardière (15) et Macé (16), dans diverses possessions françaises.

Des recherches intéressantes ont été faites ensuite par

(1) *Précis théorique et pratique sur le pian, etc.*, p. 21.

(2) *Essais d'Édimbourg*, t. VI, p. 419. — Kerr; *Cyclopædia of practical Medicine*, t. IV, p. 750.

(3) *Diatribe de morbo in Europa pene ignoto, quem Americani vocant yaws.* Trajecti ad Rhenum, 1770. (Schlegel; *Thesaurus path. Therap.*, t. II, p. 217.)

(4) *Histoire des maladies de Saint-Domingue.* Paris, 1770.

(5) *Histoire de Cayenne, etc. Mémoires*, t. II.

(6) *Précis théorique et pratique sur le pian, la maladie d'amboine, et le terminthe.* Paris, 1781.

(7) *Dissert. de frambœsia.* Glascow, 1785.

(8) *De frambœsia.* Hafniæ, 1787.

(9) *De frambœsia.* Edinb., 1791.

(10) *De morbo yaws dicto et de vena medinensi.* Halæ, 1797. (Brera; *Sylloge*, t. III, p. 254.)

(11) Adams; *Morbid poisons*, p. 210.

(12) *Cases of yaws and leprosy, etc.* (*Annals of Medicine*, 1800, t. V, p. 395.)

(13) *Medical Memoirs*, t. VI, p. 82; — et *Morbid poisons*, 2e édit., 1807, p. 196.

(14) (Au cap français.) *Aperçu sur le pian et les maladies dont il est suivi.* Paris, Thèses, 1804, n° 336.

(15) *Du pian.* Thèses de Paris, 1805, n° 462.

(16) Thèses de Paris, 1805, n° 385.

James Thomson [1], par Rochoux [2], par Rankine [3], par Ferrier [4], par Levacher [5], par Sigaud [6]. Le travail le plus récent et le plus complet est un Mémoire de M. le Dr Paulet [7].

b. — Causes du yaws. — Le yaws peut être *héréditaire*. M. Paulet a vu, à l'île de Cuba, des enfants issus de parents atteints de cette maladie, et qui, sans avoir communiqué avec des personnes malades, ont cependant présenté l'éruption caractéristique vers l'âge de trois, quatre ou sept mois, et leurs nourrices ont offert, un ou deux mois après, le début de la même affection [8].

Cette maladie s'observe chez les deux sexes et à tous les âges, mais surtout dans l'enfance. Elle est plus rare et plus grave dans la vieillesse. Elle attaque les nègres, les blancs, les mulâtres, mais ceux-ci avec moins d'intensité [9].

Les nègres en ont apporté le germe d'Afrique. Schilling en a vu qui, récemment arrivés, paraissaient sains, mais qui bientôt après offraient les symptômes évidents du yaws. C'est surtout de la colonie du Sénégal, des côtes de Guinée, du Congo, que provient le yaws, qui est plus rare chez les Cafres, les Hottentots, et dans les régions orientales de l'Afrique (Paulet, p. 390). La maladie a été transportée aux Antilles, dans l'Amérique méridionale, en Australie. On ne connaît guère d'exemples qu'elle ait été importée en Europe [10].

(1) *Obs. and exper. on the nat. of the morbid poison called yaws.* (*Edinb. Med. and Surg. Journal*, 1819, t. XV, p. 321; et *ibid.*, t. XVIII, p. 31.)

(2) *Notice sur le pian.* (*Journ. de Physiologie* de Magendie, 1821, t. I, p. 347.)

(3) *Practical obs. upon the yaws.* (*Edinb. Journal*, 1827, t. XXVII, p. 283.)

(4) *Répertoire d'anatomie et de physiologie pathologiques* de Breschet, t. IV, p. 170.

(5) *Expérience*, t. III, p. 209 et 213.

(6) Cazenave; *Annales des maladies de la peau*, t. II, p. 83.

(7) *Archives de Médecine*, 1848, 4e série, t. XVII, p. 385.

(8) *Ibid.*, p. 392.

(9) Kunsemuller, p. 265.

(10) Cependant Mornac, médecin français attaché aux hôpitaux hollandais, vit, en 1803, à Middelbourg, une fille de vingt ans qui contracta le yaws en soignant un vieil oncle jadis atteint de maladie qu'il croyait syphilitique; il n'y avait point eu de rapports sexuels. L'éruption, qui fut appelée yaws par Mornac, en offrait-elle les caractères? Le mercure guérit cette jeune fille. (*Bullet. des Sciences méd.*, 1810, t. VI, p. 369.) — Schilling assurait que les nègres transportés n'étaient pas atteints du yaws, mais que s'ils revenaient en Amérique, ils y étaient sujets. (P. 298.)

De mauvaises conditions hygiéniques, des localités marécageuses, des habitations malsaines, la malpropreté, la misère, la nourriture végétale ou l'usage du poisson altéré, ont été considérés comme les causes ordinaires du yaws dans les lieux où il est indigène. Sa propagation dans les autres pays est due à la *contagion*.

Ce n'est point par l'air que la transmission a lieu, mais par le contact des parties imprégnées de virus, avec une peau fine ou excoriée. Une négresse ayant des pustules aux plis des bras, portait un enfant blanc qui eut bientôt sur la partie postérieure des cuisses et le pli des fesses une éruption analogue (1). Le yaws s'est communiqué par le contact des mains ou des autres parties, surtout des surfaces ulcérées, par l'usage des vêtements ou des ustensiles ayant servi aux malades, par le coucher dans les mêmes lits, par les rapports sexuels (2), par l'allaitement.

On assure que l'inoculation en est faite souvent par les mouches, qui déposent sur des parties excoriées le virus dont leurs pattes sont imprégnées (3).

Le virus du yaws a pu se mêler sans se confondre ou se neutraliser avec celui de la variole. Quier, pratiquant l'inoculation de la variole, s'aperçut quelques jours après que le varioleux sur lequel avait été pris le virus avait des pustules et des ulcères de yaws. Le sujet inoculé eut d'abord la variole, et six semaines après commença le yaws, qui marcha assez rapidement (4). Grudan a aussi observé que le yaws inoculé a peu de gravité (5).

Thomson a trouvé le pus du yaws inoculable trois semaines après l'éruption (6). Le même observateur s'est assuré que le yaws ne se transmet pas par l'inoculation du sang (7).

(1) Rochoux, p. 349.
(2) Chopitre, p. 9. — Ségond; *Compte rendu, etc.* (*Journ. hebdom.*, 1835, t. I, p. 291.)
(3) Schilling, p. 293. — Kunsemuller, p. 265. — Chopitre, p. 9.
(4) Rankine, p. 285.
(5) Kunsemuller, p. 265.
(6) *Edinb. Med. and Surg. Journ.*, t. XVIII, p. 33.
(7) *Ibid.*, t. XV, p. 324; t. XVIII, p. 36.

M. Paulet a inoculé le pus du yaws à la partie interne de la cuisse de quatorze nègres. Il y eut chez quatre d'entre eux, environ vingt jours après, une éruption sur la face, sur l'abdomen, sur les membres, et chez dix, l'éruption se fit autour des piqûres. Le même médecin a vu des frictions faites à la partie interne des bras chez trois jeunes filles, avec des plumasseaux imbibés de sanie, faire naître l'éruption spécifique.

L'inoculation du virus a été tentée sans résultats sur un chien et un lapin (1). Les gallinacés sont sujets à présenter autour des yeux, sur la crête, sur le cou, des tumeurs verruqueuses pianiques, maladie qui est contagieuse parmi ces volatiles, mais ne l'est pas pour l'espèce humaine (2).

On a prétendu que l'enfant issu d'une femme ayant eu le yaws pendant sa grossesse, en était exempt pendant toute sa vie. Thomson doute de l'exactitude de cette assertion.

La vaccination n'a, relativement au yaws, aucune action préservative.

Le yaws est une cause d'*immunité* pour lui-même. Les premiers observateurs ont reconnu que les nègres qui l'avaient eu en Afrique ne le contractaient plus en Amérique (3). Kunscmuller, Owen, Thomson, Rankine, Levacher, M. Paulet, ont constaté l'extrême rareté des récidives. Les nourrices qui étaient guéries du yaws ont pu allaiter des enfants qui en étaient affectés sans le prendre de nouveau, ou elles n'ont présenté que des phénomènes légers et purement locaux (4).

L'étiologie du yaws a donné lieu à diverses hypothèses. On a cru en trouver l'origine dans la lèpre des Hébreux (5); on l'a rattaché à la syphilis, à la variole; on l'a fait naître de la combinaison des virus de ces maladies (6). Le peu de fondement de ces opinions se démontre par la comparaison de ces divers états morbides.

(1) Thomson; *Edinb. Journ.*, t. XV, p. 325.
(2) Macé, p. 33. — Levacher, p. 212.
(3) *Essais d'Édimbourg*, t. VI, p. 404.
(4) Thomson; *Edinb. Journ.*, t. XV, p. 325.
(5) Adams, p. 205.
(6) Schilling fait remarquer l'origine exotique et admet la parenté de ces maladies. (P. 226.)

c. — **Symptômes du yaws.**— Les symptômes du yaws, comme ceux des maladies contagieuses, présentent des périodes d'incubation, d'invasion, d'éruption, etc.

I. L'*incubation* peut être un état purement latent, sans trouble visible de la santé. Quelquefois il survient des douleurs vagues, comme rhumatismales, des sueurs locales, de la pâleur ou un changement dans l'aspect de la peau, qui chez le nègre perd son brillant.

La durée de cette période est, d'après Thomson, de sept semaines à dater de l'inoculation. Elle varie, selon M. Paulet, entre douze jours et neuf semaines. Le jeune Danois qu'Adams observa à Madère avait quitté les Indes-Occidentales depuis dix mois. Une durée aussi longue est exceptionnelle.

II. L'*invasion* se marque par des horripilations, des douleurs plus ou moins vives dans les membres et dans les lombes, par le trouble des fonctions digestives, l'insomnie, la pâleur, la fièvre et un sentiment de faiblesse.

III. Au bout de quelques jours, on remarque une *éruption* de petites *taches* sur la face, sur les parties génitales ou sur d'autres régions, suivies, six à dix jours après, de *pustules*. Au moment de l'éruption, la fièvre peut ne pas exister (Rankine).

Les pustules ressemblent d'abord à des papules lenticulaires, d'une couleur rougeâtre ou violacée chez les blancs, grisâtre cendrée chez les nègres et les mulâtres. Ces pustules sont larges, arrondies, saillantes; elles ont de 3 à 6 millimètres d'élévation; elles sont indolentes, discrètes, parfois rapprochées ou même confluentes; elles se remplissent d'une matière épaisse, jaunâtre, qui se dessèche et forme une croûte.

Lorsqu'une pustule est plus précoce ou plus volumineuse que les autres, les nègres l'appellent *mama-pian*.

Il peut se former des pustules dans les narines, sur la voûte palatine, sur le voile du palais.

IV. Aux pustules succèdent des *ulcérations*, qui s'élargissent, ont une teinte rougeâtre pâle et une surface granuleuse.

Rankine les compare au parenchyme de la figue sèche (comparaison déjà établie par Celse à l'occasion du sycosis). Cette surface devient bientôt saillante, mamelonnée, en forme de mûre ou de framboise ; c'est une sorte de *végétation fongueuse*, habituellement imprégnée d'un fluide jaunâtre, fétide, visqueux, comme sirupeux et concrescible, produisant des croûtes minces et jaunes.

Les ulcérations du yaws peuvent être concaves ; il en est qui détruisent les tissus, par exemple les mamelons des nourrices, d'autres s'étendent jusqu'aux os et les carient [1].

Ce sont ces apparences diverses qui ont fait établir des variétés de pian *squameux, tuberculeux, déprimé, etc.* (Levacher, p. 209).

V. Les phénomènes concomitants du yaws peuvent être une inflammation ulcéreuse de la gorge [2], une fièvre plus ou moins intense s'exaspérant de temps à autre, des engorgements œdémateux en diverses parties, surtout à la tête. On avait prétendu que le yaws faisait blanchir les cheveux. Ludford, Adams, Thomson, ont combattu cette assertion.

d. — Marche, terminaisons et suites du yaws. — Le yaws peut offrir plusieurs recrudescences et éruptions successives. Il se ralentit, suspend son cours pendant plusieurs mois et même des années, pour le reprendre ensuite avec plus de violence [3].

Il peut aussi marcher avec rapidité après une éruption copieuse, et se terminer en six ou sept mois [4]. Sa durée moyenne est de onze mois.

Quand une heureuse terminaison doit avoir lieu, les excroissances fongueuses s'affaissent, se dessèchent, et l'on voit à leur place des cicatrices blanches, analogues à celles de la vaccine ; elles sont très-apparentes sur la peau des nègres.

Le yaws, abandonné à lui-même, ne se termine qu'au bout

[1] Schilling, p. 221. — Paulet, p. 400.

[2] Ces ulcères ressemblent, dit Thomson, p. 323, à du fromage rôti (*toasted cheese*).

[3] Segond, *Journ. hebdom.*, 1836, t. II, p. 295.

[4] Thomson ; *Edinb. Journ.*, t. XVIII, p. 35.

de deux ou trois ans; il peut produire l'anémie, la maigreur, la faiblesse, l'engorgement des articulations, la tuméfaction des os, le gonflement du ventre, l'état squameux de la peau, etc.

La suppression de l'éruption du yaws par un refroidissement subit est une cause d'hydropisie (Thomson, p. 326).

La variole, la varicelle, la vaccine, la rougeole, paraissent hâter la marche de cette dermatose, quand celle-ci est déjà sur son déclin ([1]).

Quelques maladies spéciales peuvent succéder au pian et se manifester à la plante des pieds ou à la paume des mains. Ce sont des excroissances fongueuses et très-sensibles, tantôt arrondies et rouges comme des cerises: on les appelle *guignes;* tantôt blanchâtres, aplaties, dures : on les nomme alors *crabes*. Une autre affection consécutive résulte d'un épaississement considérable de l'épiderme avec rougeur de la peau : ce sont les *saouaouas*.

e. — **Anatomie pathologique du yaws.** — Peu de recherches ont été faites après la mort. Toutefois, Rochoux, Segond, Ferrier, se sont assurés que le siége anatomique du pian est dans le corps muqueux ou réticulaire de la peau. Les excroissances offrent un tissu jaune, compacte, plus ou moins induré. Dans le voisinage, on trouve une couche adipeuse, épaissie, des ganglions lymphatiques engorgés, des lésions variables dans les muqueuses buccale, nasale, gutturale, et dans les os.

f. — **Diagnostic du yaws.**— Cette maladie a des caractères très-marqués qui la distinguent de toutes les autres. Néanmoins, Bedor présenta à l'Académie de Médecine, sous le nom de yaws, une observation d'eczéma avec plaques fongueuses et rougeâtres, qu'il avait recueillie chez un forgeron champenois ([2]). Une pareille erreur de diagnostic a été commise à l'hôpital militaire de Versailles, sous les yeux de Paradis, en

([1]) Ludford, Dancer. (Adams, p. 212.)

([2]) *Archives*, 2e série, t. VII, p. 266. Cette maladie n'était nullement contagieuse.

1836 (1). Bateman a reproché à Alibert d'avoir fait peindre un sycosis du cuir chevelu sous le nom de *pian ruboïde*. Bien auparavant, Raulin avait pris pour un pian des pustules vénériennes qui guérirent au bout de vingt jours à l'aide de l'onguent mercuriel camphré (2).

Le yaws a quelques analogies avec le *sibbens*. L'un et l'autre sont contagieux, ils produisent des tumeurs mamelonnées; mais le sibbens se distingue par la rapidité de sa marche, par son siége spécial à la face ou aux organes sexuels, par sa curabilité au moyen du mercure, etc.

La marche régulière et les premières évolutions du yaws, et la rareté de ses récidives, peuvent le faire comparer à la *variole;* mais le fait du mélange sans combinaison réelle des deux virus met hors de doute la différence de nature de ces deux genres d'exanthèmes, dont l'un est toujours aigu, et l'autre toujours chronique.

La *syphilis* a été regardée comme la source de la contagion du yaws. Mais ces maladies diffèrent l'une de l'autre sous plusieurs rapports. La première commence par un ulcère, après une courte incubation; la seconde par des pustules et des excroissances, après un temps assez long. La syphilis n'est très-contagieuse qu'à sa première période; le yaws paraît l'être pendant toute sa durée. L'une est très-complexe dans ses manifestations symptomatologiques; l'autre fort simple dans son expression phénoménale. La syphilis cède dès son début au mercure; le yaws résiste à ce médicament. Il est assez rare que la première guérisse spontanément d'une manière définitive; la deuxième peut guérir sans traitement spécifique. L'une peut récidiver plusieurs fois; l'autre n'en paraît pas susceptible. Enfin, on a vu chez un individu atteint de yaws la blennorrhagie et la syphilis se manifester et guérir sans apporter de modification à la première de ces maladies. Au rapport de Levacher et de M. Paulet, des hommes atteints du yaws l'ont donné à des femmes affectées de chancres, qui en

(1) *Gaz. des Hôpit*, t. X, p. 22.
(2) *Observ. de Médecine*. Paris, 1750, p. 250.

retour leur communiquaient la syphilis. Ainsi, il n'existe entre ces maladies aucune liaison particulière; elles ne sont pas susceptibles de fusion. Elles n'ont donc rien de commun quant à leur origine et quant à leur nature.

g. — Prognostic du yaws. — Le yaws est plus redoutable chez les blancs que chez les noirs, selon Segond [1]; l'inverse a lieu d'après Ferrier. Chez les jeunes sujets, il est peu grave. Lorsqu'il débute avec intensité, il résiste moins ensuite que celui dont l'éruption se fait lentement et irrégulièrement. Il amène, lorsqu'il est mal soigné, un fâcheux état de cachexie et même la mort. Toutefois, cette funeste terminaison est assez rare.

h. — Traitement du yaws. — Les conditions d'une hygiène convenable doivent être procurées aux malades, surtout les soins de propreté et une alimentation non excitante.

Les enfants et les individus faibles doivent prendre des toniques, de l'infusion de quinquina ou des ferrugineux.

On a cru le mercure utile [2]; mais beaucoup d'essais ont prouvé qu'il est plutôt nuisible [3]. La salivation est une cause d'aggravation de la maladie.

Les sudorifiques et les antimoniaux ont été employés avec de meilleurs résultats. Chisholm vante l'acide nitrique très-étendu et le chlorate de potasse [4]; les purgatifs ont été souvent employés.

Les bains simples et surtout les bains sulfureux ont eu des avantages réels [5], ainsi que les bains de vapeur [6]. Rankine a conseillé les bains de mer.

(1) *Journ. hebdom.*, 1835, t. I, p. 392.

(2) Chopitre, p. 18. — Kunsemuller, p. 267. — Segond; *Journ. hebdom.*, 1836, t. II, p. 300. — Levacher, p. 212. — Macé, p. 27.

(3) Thomson, t. XV, p. 326; et t. XVIII, p. 36. — Rankine, p. 288. — Ferrier, p. 176. — Adams, p. 218. — Paulet, p. 173.

(4) *Annals of Medicine*, t. V, p. 396.

(5) Levacher, p. 212. — Paulet, t. XVIII, p. 175.

(6) Ferrier, p. 175.

Segond a prescrit, d'après l'avis de Sper, l'arséniate de soude dans des cas d'exostoses et d'autres altérations rebelles des os.

Les excroissances cutanées sont touchées avec les caustiques, et on s'est servi dans ce but du sublimé corrosif; mais il en est résulté des accidents graves (1). La potasse est préférable. On peut encore cautériser avec un pinceau trempé dans le nitrate acide de mercure (2).

L'expérience ayant appris que le yaws se terminait plus heureusement et plus vite quand l'éruption se développait avec une certaine activité, on a pensé qu'il conviendrait, si le début languissait ou était irrégulier, de ranimer l'éruption en inoculant le virus d'un yaws récent et de belle apparence. Thomson a vu effectivement sous cette influence la maladie s'améliorer manifestement (3).

On a aussi proposé comme prophylaxie d'inoculer le yaws aux sujets exposés à le contracter, afin de le leur procurer plus bénin et plus prompt dans sa marche (4). C'est une imitation de l'inoculation variolique. Mais celle du yaws serait loin de s'appuyer sur des motifs plausibles. Pendant le cours si long du yaws, il peut arriver telle circonstance, telle complication qui lui donnerait un caractère fâcheux et ferait regretter d'en avoir provoqué le développement (5).

XIII. — ULCÈRE CONTAGIEUX DE MOZAMBIQUE.

Près la côte orientale d'Afrique, dans une assez vaste région qui comprend les îles de Mozambique, de Zanzibar, de Madagascar, et les îles Comores, on observe une maladie cutanée spéciale, sur laquelle M. le Dr Vinson a récemment donné des renseignements intéressants (6). Des Cafres l'ont apportée à l'île de la Réunion. Elle est inconnue aux Indes.

(1) Rankine, p. 289.
(2) Paulet, t. XVIII, p. 174.
(3) *Edinb. Journ.*, t. XVIII, p. 35.
(4) Rankine, p. 285.
(5) Kerr; *Cyclopædia of pract. Medic.*, t. IV, p. 753.
(6) *Union méd.*, 1857, p. 14 et 19.

C'est une affection essentiellement contagieuse. En 1820, 64 noirs d'une habitation de la Réunion s'étant fait quelques légères blessures en travaillant, voulurent les laver avec une eau dont se servait un Cafre atteint de l'ulcère de son pays; ils furent bientôt affectés du même mal. En mai 1856, une vieille femme, venue de Madagascar, fut le point de départ de la contagion. Dans une émigration de 366 Cafres, se trouvaient deux hommes affectés de l'ulcère de Mozambique; bientôt il y en eut douze qui présentèrent le même état morbide. Trente-une femmes faisaient partie du convoi; aucune ne contracta cette affection.

L'ulcère de Mozambique ou de Madagascar se manifeste à tous les âges, surtout de douze à trente-cinq ans, et chez les deux sexes, mais principalement chez les hommes, même les plus forts, les plus beaux, et chez ceux qui négligent le moins les soins de propreté.

La contagion s'établit par les occasions les plus ordinaires; les mouches en sont accusées comme pour le yaws. En général, il est nécessaire qu'une solution de continuité de la peau permette l'absorption du principe contagieux.

Cette dermatose s'observe aux membres inférieurs, surtout au dos du pied, entre les orteils et au bas de la jambe. M. Vinson ne l'a vu qu'une fois dans la région lombaire.

Il n'existe ordinairement qu'un ou deux ulcères chez un sujet. Ces ulcères sont larges et irréguliers; ils tendent toujours à s'agrandir. Leur centre est aplati, déprimé, granuleux, blafard; leurs bords sont élevés, durs ou fongueux; de leur surface suinte une matière séro-sanieuse, fétide et très abondante. On dirait un vésicatoire ancien longtemps irrité, parsemé de granulations saignantes et entouré de bourrelets calleux. Cette solution de continuité a quelquefois encore l'aspect de l'ulcère vénérien, quand celui-ci est large, à bords élevés, taillés à pic, avec un fond grisâtre et déprimé. Les malades ne peuvent ni marcher, ni même se tenir debout.

L'ulcère faisant des progrès pénètre dans les tissus, met à nu les fibres musculaires, exerce sur l'ensemble de l'organisme

une influence délétère, d'où résultent l'affaiblissement, le marasme et la mort.

Lorsque l'ulcère est situé à la région dorsale du pied, il peut pénétrer entre les os et gagner la face plantaire. Cette désorganisation a fait regarder l'amputation comme obligatoire.

La durée de la maladie est indéterminée, mais en général elle est très-longue. Lorsque la guérison doit avoir lieu, la sécrétion de l'ichor diminue, le fond de l'ulcère prend une couleur vermeille, les bords se rapprochent, la cicatrice marche de la circonférence vers le centre, et produit un tissu inégal et facile à dilacérer. L'ulcère est très-susceptible de se reproduire.

Cette maladie a quelques rapports avec le yaws, car elle est d'origine africaine. Toutefois, elle appartient à l'orient et le yaws à l'occident du même continent. Elle est contagieuse aussi; mais le yaws offre des pustules multipliées, tandis que l'ulcère est solitaire ou du moins il ne s'en forme qu'un petit nombre. Le premier présente des excroissances, le second des surfaces déprimées. L'un a une marche déterminée, une fièvre d'invasion, etc., l'autre n'en a pas. Le yaws se développe sur toute la surface du corps et principalement au cercle supérieur; l'ulcère se manifeste presque exclusivement aux membres inférieurs. Ils résistent l'un et l'autre aux moyens de l'art, mais le yaws arrive à une heureuse terminaison plus promptement et plus sûrement que l'ulcère, dont la guérison est toujours plus incertaine et plus éloignée.

L'ulcère de Mozambique ou de Madagascar n'a de rapports ni avec la syphilis ni avec la variole. Ces maladies ont pu coïncider sans combinaison ni influence réciproque.

Le traitement réclame en premier lieu les plus grands soins de propreté. On a donné des pilules de Belloste et la liqueur de Van-Swieten, sans indication précise. On a pansé l'ulcère avec l'onguent egyptiac ou avec l'acide acétique étendu; ces topiques ont l'avantage d'éloigner les mouches. On a cautérisé les surfaces de mauvais aspect avec le nitrate acide de mercure ou avec la liqueur de Plenck. L'azotate

d'argent, plus facile à diriger et à restreintre dans son action, serait probablement préférable.

Après l'amputation, on a souvent le regret de voir la plaie se convertir en un ulcère semblable à celui qui avait obligé à sacrifier le membre.

XIV. — BOUTON D'ALEP.

Un exanthème chronique, ayant des caractères particuliers, règne à Alep et dans quelques-uns des districts qui avoisinent cette ville. Il consiste en une saillie tuberculeuse, très-lente dans son développement, qui se recouvre d'une croûte, se ramollit, s'ulcère, et guérit en laissant une cicatrice indélébile.

a. — Historique. — Cette maladie fut signalée au milieu du siècle dernier par Hasselquist (1) et par Alex. Russell (2). Quelques années après, Hollande adressa des observations à la Société royale de Médecine de Paris (3) sur le même sujet.

Alibert a réuni quelques documents, et publié en 1829 une note sur le bouton d'Alep, qu'il appelle *pyrophlyctide endémique* (4).

Cette maladie a fait le sujet de deux Thèses, l'une de M. Estienne, soutenue à Montpellier (5), et l'autre de M. Guilhou, soutenue à Paris (6). L'auteur de celle-ci avait accompagné Pariset, en 1829, dans son voyage en Syrie.

M. Guyon a fourni quelques détails (7). M. Jilt en a également présenté (8). M. le Dr Willemin en a recueilli de très-remarquables, qui font la base d'un travail intéressant (9).

(1) *Mémoires de l'Acad. de Stockholm*, 1750, t. II, p. 136. (*Collect. Acad.*, part. étrang., t. II, p. 284. — *Commentarii de rebus gestis Lips.*, t. III, p. 204.)

(2) *The natural history of Aleppo*. London, 1756, p. 262.

(3) *Mémoires de la Soc. royale de Méd.*, 1777, t. II, *Hist.*, p. 314.

(4) *Revue méd.*, 1829, t. III, p. 62.

(5) Thèses de Montpellier, 1830, n° 6.

(6) Thèses de Paris, 1833, n° 165.

(7) Communication faite à l'Académie des Sciences le 31 janvier 1842.

(8) Lettre à Thomson. (*Mémoires de la Soc. de Biologie*, 1849, t. I, p. 143.)

(9) *Gaz. méd.*, 1854, p. 200, 238 et 252.

6. — Causes du bouton d'Alep. — Le bouton d'Alep se remarque à tous les âges. Les enfants y sont très-sujets après le sevrage et jusqu'à quatre ans. On le voit aussi vers l'âge de sept ou huit ans, surtout chez les enfants des étrangers, et de quinze à vingt ans chez les filles (1). Jilt prétend que le sexe féminin y est très-disposé. L'embonpoint, le tempérament lymphatique, la diathèse scrofuleuse, la syphilis ancienne, en favorisent le développement et lui donnent plus d'intensité.

C'est une maladie essentiellement endémique. Les étrangers peuvent la contracter après un séjour d'un mois à trois ans, et elle peut naître chez eux huit mois à trente-cinq ans après leur départ d'Alep et même lorsqu'ils n'y avaient séjourné que peu de temps (2).

La contagion n'est nullement la cause de la propagation de cette maladie. L'inoculation est restée à peu près sans résultats (3). Le chien offre souvent l'analogue du bouton sur le nez, les oreilles; mais ce n'est point l'effet d'une transmission. On avait accusé les pelisses du pays faites avec la peau de certains animaux; mais cette cause n'est nullement prouvée pour les indigènes, et elle n'existe certainement pas pour les étrangers. Quelquefois, plusieurs membres de la même famille sont affectés en même temps, ayant été simultanément soumis à une influence commune.

Rien n'atteste que cette influence soit atmosphérique. Les saisons paraissent n'avoir aucune part dans la production de la maladie. Le sol est fangeux, marécageux, coupé de lacs et de rivières (4). Mais une disposition semblable se trouve dans un très-grand nombre de pays sans qu'on y rencontre un exanthème semblable à celui d'Alep.

Du temps d'Hasselquist déjà on attribuait le bouton à la nature particulière des eaux. M. Guilhou a vu cette maladie

(1) Estienne, p. 6.

(2) Par exemple un mois et demi. (Willemin, p. 202.)

(3) Celles qui ont été faites par M. Willemin n'ont produit que des lésions mal caractérisées et passagères. (P. 256.)

(4) M. Willemin dit que dans un petit district très-marécageux, voisin d'Alexandrie, il a vu une maladie analogue au bouton d'Alep. (*Gaz. méd.*, 1854, p. 202.)

très-commune dans les villages qu'arrose la petite rivière du Coïk, depuis Antab jusqu'à Alep, c'est-à-dire dans un espace d'environ quinze lieues. Elle est moins répandue, comme M. Willemin s'en est assuré, dans les villages où les habitants boivent une eau différente.

A Alep, les familles, les harems, qui boivent habituellement, au lieu de l'eau du Coïk, celle d'une source voisine, ont été complétement exempts du bouton endémique.

On peut objecter que le bouton n'est pas exclusif à Alep et à ses environs, qu'on l'a également observé jusqu'à Bagdad, à Bassora, sur la côte occidentale du golfe Persique (Hollande); que Pariset l'a vu en Égypte (Guilhou), et qu'on l'a rencontré en Crète [1]. Mais dans ces divers lieux se trouvent probablement des eaux de même nature que celles du Coïk. Les eaux de cette rivière sont alcalines, et elles déposent un détritus organique très-abondant (Willemin, p. 255). Des recherches chimiques plus complètes sur la nature des principales eaux de ces différentes contrées éclaireraient sans doute l'étiologie du bouton d'Alep.

c. — Symptômes du bouton d'Alep. — Le siége le plus ordinaire de la maladie, surtout chez les indigènes, est à la face, et, d'après les observations d'Estienne, plutôt à gauche qu'à droite. Guilhou l'a vu sur les organes génitaux. Chez les étrangers, il a lieu souvent sur les membres, principalement à leur région dorsale ou externe, et près des articulations.

Le bouton d'Alep est ordinairement solitaire, mais il peut être multiple; on en a trouvé vingt chez le même individu. Guilhou dit en avoir compté jusqu'à soixante-dix-sept.

Le volume de la tumeur est variable. Sur les parties dépourvues de tissu cellulaire, comme le dos du nez, ce n'est qu'un simple tubercule; ailleurs, il peut égaler en grosseur un œuf de pigeon ou de poule.

Le bouton naît, sans avoir été annoncé par des prodromes,

[1] Estienne l'a vu à la Canée, chez deux filles du Consul anglais. (Thèse, p. 7.)

sous la forme d'une petite saillie arrondie, qui paraît tenir à la face interne du derme. Cette saillie est rosée, rarement douloureuse, parfois légèrement prurigineuse; elle est dure et pisiforme. Ses progrès sont extrêmement lents.

Estienne parle d'une vésicule qui se formerait au sommet de la tumeur; mais il paraît qu'il s'y produit plutôt de petites squames minces, dues à une légère exsudation séreuse.

La circonférence du bouton présente une auréole violacée. Le centre se ramollit et s'ulcère; la sécrétion qui en provient alors est séro-purulente et continue à se concréter.

Le bouton peut offrir l'aspect des pustules de l'acné, de l'ecthyma, de l'impétigo, ou même d'une syphilide tuberculeuse ou d'un cancroïde ([1]).

La surface de l'ulcération est couverte de croûtes épaisses, quelquefois adhérentes; les bords restent tuberculeux et inégaux. Plus tard, l'affaissement a lieu, l'inflammation diminue, le centre se dessèche et se recouvre de lamelles minces et écailleuses. Il se forme au-dessous une cicatrice persistante, solide, quelquefois déprimée, de couleur blanche ou brune.

On n'observe point de symptômes généraux. Il est rare que le bouton d'Alep soit douloureux. Alibert, cependant, annonce qu'il l'est, s'en rapportant au récit d'un médecin qui avait eu cette maladie (p. 66). Il ne survient de fièvre que dans la deuxième période, c'est-à-dire à l'époque du ramollissement du tubercule (Estienne, p. 14).

d. — Durée, terminaisons du bouton d'Alep. — La durée ordinaire de l'exanthème est d'un an ([2]), sans que les maladies intercurrentes, comme la variole, la vaccine, la rougeole, etc., paraissent en modifier le cours. La terminaison la plus habituelle est le retour à la santé; la mort est l'exception. Le

([1]) Willemin, p. 232.

([2]) Le bouton d'Alep est appelé par les indigènes *habbat-el-senna*, c'est-à-dire *bouton d'un an*. (Guyon, séance de l'Académie des Sciences du 31 janvier 1843. *Archives*, 3e série, t. XIII, p. 375.)

bouton laisse des traces fâcheuses de son passage; indépendamment des cicatrices ordinaires, il en peut produire de difformes et des espèces d'échancrures sur l'aile ou le lobe du nez, sur la paupière; celle-ci est quelquefois atteinte d'ectropion. L'œil lui-même a pu, dans certains cas, être envahi par les progrès du bouton (Hasselquist, Guyon).

Cette maladie n'est point généralement suivie de *récidive*. Toutefois, M. Willemin en a observé trois cas; en outre, quelques sujets lui ont offert une éruption consécutive, analogue au bouton ordinaire, mais de plus petite dimension et d'une plus grande bénignité.

e. — Traitement du bouton d'Alep. — Le plus communément on laisse la maladie faire son temps. Peut-être hâterait-on sa terminaison par l'emploi de quelque caustique. Salina, médecin d'Alep, voulait se servir du feu. La pâte de Vienne aurait sans doute la même efficacité.

Les indigènes appliquent sur le bouton des feuilles de limonier ou des tranches de limon. Ils font des lotions avec une eau savonneuse et tiennent la partie très-propre.

On a donné des boissons acidulées, et comme moyen préservatif M. Willemin propose d'ajouter à l'eau du Coïk, quand on n'en peut boire d'autre, quelques gouttes de suc de citron ou d'alcool.

XV. — BOUTON DE BISKARA.

L'occupation de la province de Constantine a fait découvrir une autre maladie endémique et spécifique, le *bouton de Biskara,* qui est très-répandue dans le territoire des Zibans, sur la limite septentrionale du grand Sahara. Ce fut en 1844 et 1845 que les médecins français purent observer cette maladie à Biskara. Elle fut décrite avec soin par M. Poggioli [1]. Elle a été également étudiée sur les lieux par MM. Cabasse [2],

[1] *Description d'une maladie cutanée nouvelle, ou dermatose ulcéreuse.* Thèses de Paris, 1847, n° 172.

[2] *Dermatose ulcéreuse des Arabes,* el habba. Thèses de Paris, 1848, n° 175, p. 82.

Bedié [1], Beylot [2], Massip [3], Verdalle [4], Weiss [5], qui en ont donné une idée, sinon complète, du moins exacte et précise.

a. — Causes du bouton de Biskara. — Cette maladie affecte surtout les adultes. Elle a paru plus commune chez les hommes que chez les femmes. Les Européens et les Maures de Constantine y sont plus disposés que les indigènes. Peut-être ceux-ci avaient-ils antérieurement payé leur tribut.

Le bouton de Biskara fut très-fréquent en 1844 et 1845; il n'épargna même pas le commandant supérieur; il devint rare en 1846 et 1847. Il se montre en automne [6] et disparaît au printemps. Sa propagation est épidémique, et n'est point contagieuse.

On l'attribue à l'usage, comme boisson, de l'eau d'une petite rivière nommée *Oued-el-Kantara*, qui, passant sur des couches de sel gemme, en dissout une certaine quantité, et qui, de plus, entraîne divers autres sels et des détritus de végétaux [7]. Pendant les chaleurs de l'été, les habitants de Biskara sont inondés d'une perpétuelle et excessive sueur; ils sont dévorés par la soif, et ils boivent des quantités considérables de la seule mauvaise eau qu'ils ont à leur disposition. M. Beylot assure qu'on voyait alors sur la peau et sur la chemise des soldats se former une poussière blanche cristalline, d'aspect salin [8]. M. Weiss a fait la même observation [9]. La

(1) *Topographie de Biskara*. Thèses de Paris, 1849, nº 222.

(2) *Topographie médicale de Biskara*. Recueil de Mémoires de Méd. milit., 1851, 2e série, t. XI, p. 232.

(3) *Essai sur le bouton de Biskara*. *Ibid.*, p. 239.

(4) *Quelques notes sur le climat des Zibans*. Thèses de Montpellier, 1851, nº 37, p. 34.

(5) *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1855, p. 181.

(6) Le développement de la maladie peut s'effectuer malgré un changement de résidence. (Massip, p. 239.)

(7) D'après une analyse faite par M. Tripier, pharmacien principal, cette eau contient (par kilogramme) des chlorures de sodium et de magnésium (aa 1,20), des sulfates de chaux (0,40) et de soude (0,25), du carbonate de chaux (0,15), et une matière organique (0,10).

(8) *Mémoires de Méd. milit*, 2e série, t. II, p. 234.

(9) *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1855, p. 189.

présence dans l'organisme de ces principes, dont l'excès ne peut qu'être nuisible, serait-elle la véritable cause du bouton? Mais cette cause se reproduit tous les ans, tandis que le bouton ne se montre qu'une fois chez le même sujet.

Cette maladie est attribuée par les naturels à l'usage très-abondant des dattes. La même objection peut être faite. D'ailleurs, M. Cabasse a vu le bouton des Zibans aux environs de Tlemcen et dans certaines parties du Maroc [1], où ne se trouvent peut-être pas les mêmes dispositions géologiques ni le même genre d'alimentation.

La maladie de Biskara présente, comme toutes les endémies qui viennent d'être étudiées, une nature spécifique. Les causes qui font éclore ces curieuses maladies échappent à la sagacité des observateurs. Les conditions atmosphériques ou telluriques restent ignorées; les modifications organiques que ces causes développent sont elles-mêmes latentes et occultes. Cependant, leur réalité se révèle par des manifestations déterminées et constantes, par des diathèses spéciales, offrant aux hommes de science une mine féconde de recherches du plus haut intérêt.

5. — Symptômes et marche du bouton de Biskara. — Les premiers symptômes commencent à paraître lorsque les chaleurs de l'été ont diminué. Le malade ressent du prurit dans un point. Il s'y forme une ou plusieurs saillies; leur siége ordinaire est à la face, au front, au nez, sur les paupières, etc.; d'autres fois à un membre, surtout à l'avant-bras ou à la jambe [2]. M. Poggioli en a vu sur le dos du pied, sur le gros orteil, sur le pénis. Quelquefois une légère écorchure devient l'occasion de ce travail local, qui prend des aspects variés. Ce sont des vésicules miliaires, ou des bulles, ou des pustules analogues à celles de l'acné, ou de l'ecthyma, ou du furoncle, ou enfin ce sont des nodosités arrondies ou aplaties, indolentes et inhérentes au derme.

(1) Thèse citée, p. 83.

(2) Weiss; *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1856, p. 194.

Ces petites saillies, en nombre variable, se couvrent de squames minces, s'agrandissent, proéminent, et fournissent par leur sommet quelques gouttelettes d'une sérosité citrine et limpide, ou opaque et purulente.

Souvent il se forme des croûtes dures [1], épaisses, grisâtres, analogues à celles du rupia. D'autres fois, du centre de la pustule s'élève une végétation comparable à celle du sibbens ou du yaws.

Plus fréquemment, c'est une ulcération qui se creuse, qui s'étend, corrode le derme et les tissus qu'elle recouvre, s'entoure de bords élevés, renversés, taillés à pic. Cet ulcère peut avoir jusqu'à cinq centimètres de largeur; son fond est rougeâtre et inégal. Il fournit une matière purulente, tantôt inodore (Bedié), tantôt fétide. Il est le siége d'une cuisson vive, d'une inflammation étendue aux environs. Les ganglions lymphatiques voisins sont parfois engorgés.

Les bords de cette solution de continuité s'affaissent, se rapprochent du centre; l'auréole inflammatoire se rétrécit; la cicatrice se forme; elle est déprimée et persistante; à la face, elle peut laisser des traces de corrosion sur le nez, les paupières, les oreilles.

Le bouton de Biskara n'empêche pas le malade de vaquer à ses affaires. Il ne trouble pas l'exercice des fonctions.

Sa durée est toujours de plusieurs mois, de trois à cinq; elle peut être de huit à dix (Bedié).

La terminaison par le rétablissement de la santé est à peu près constante. On n'a vu la mort survenir que par suite de complication d'affection cérébrale ou de cachexies préexistantes.

e. — **Diagnostic du bouton de Biskara.** — Le bouton de Biskara présente quelques analogies avec le rupia, le yaws, l'ulcère de Mozambique, et surtout avec le bouton d'Alep.

1° Il ne ressemble au rupia que par l'une de ses variétés.

[1] Comme ligneuses. (Poggioli, p. 26.)

L'analogie ne porte que sur la forme et ne mérite pas de nous arrêter.

2° La ressemblance avec le yaws n'est encore relative qu'à un petit nombre de circonstances. D'ailleurs, l'un est contagieux, l'autre ne l'est pas, ce qui suppose une grande différence de nature.

3° Les larges érosions causées par le bouton des zibans le rapprocheraient de l'ulcère de Mozambique. Mais celui-ci appartient constamment au cercle inférieur, et il est contagieux.

4° Une similitude beaucoup plus marquée existe entre le bouton de Biskara et le bouton d'Alep. L'un et l'autre sont très-fréquents dans leurs localités respectives [1]; ils n'épargnent que peu d'individus; ils se présentent sous la forme de pustules qui s'ulcèrent; ils ont leur siége le plus ordinaire à la face; ils n'ont lieu qu'une fois chez le même individu, et ne sont pas contagieux; enfin, on les attribue à l'influence des eaux qui servent à la boisson. Ces analogies sont fort importantes, mais on peut leur opposer quelques différences : Le bouton d'Alep est plus fréquent chez les enfants et chez les femmes; celui de Biskara chez les adultes. Le premier s'observe dans toutes les saisons; le second en automne seulement. Le premier n'est qu'endémique; le second, qui l'est également, prend en outre les allures d'une épidémie. Le bouton d'Alep a une marche lente, sa durée est annuelle. Le cours du bouton de Biskara est d'un ou deux trimestres. Ce dernier est plus bénin, plus superficiel que le précédent.

d. — Traitement du bouton de Biskara. — Les indigènes sont persuadés que le meilleur moyen de combattre l'effet des dattes est de faire manger de la chair de chien [2], préjugé que l'expérience n'a nullement appuyé.

(1) Ces localités, comme le fait remarquer M. Verdalle, sont au point de contact des terres cultivées et de vastes déserts, soit d'Alep à Bagdad, tout le long de la vieille Mésopotamie, soit entre Alexandrie et le Caire, soit dans les Zibans, sur la lisière du grand Sahara. (Thèse, p. 38.)

(2) Guyon; *Voyage d'Alger aux Zibans*. Alger, 1852, p. 242.

Si le bouton de Biskara provient de l'ingestion d'une eau saumâtre et bourbeuse, il convient de la filtrer avant de s'en servir, d'y associer le vin ou l'eau-de-vie.

Si cette maladie commence lorsque les transpirations diminuent ou se suppriment, on peut y suppléer par le moyen des bains de vapeurs et des vêtements de flanelle. M. Weiss a indiqué une source sulfureuse, située à 6 kilomètres de Biskara, qu'il serait très-opportun d'utiliser comme moyen prophylactique ou comme agent curatif (1). On a conseillé les mercuriaux, les vésicatoires, les caustiques, etc.; mais rien ne hâte à Biskara même la marche ordinaire de la maladie, tandis que tout réussit ou plutôt que la maladie guérit d'elle-même à Constantine ou ailleurs (2). Le changement de résidence est donc le premier des moyens à prescrire.

(1) *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1855, p 191.
(2) Poggioli, p. 23.

FIN DU TOME CINQUIÈME.

Bordeaux. — Imp. G. Gounouilhou, place Puy-Paulin, 1.

